



PSYCHIATRISCHE KOMORBIDITÄT BEI ABHÄNGIGKEITSERKRANKUNGEN

**Am Beispiel der Doppeldiagnose Cannabiskonsum-
störung und Psychose**

Bachelor-Thesis

zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts im Studiengang Soziale Arbeit
an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg

Erstkorrektor:

Br. Prof. Dr. Peter Schiffer OSCam

Zweitkorrektorin:

Prof. Dr. Elisabeth Nicolai

Erstellt von:

Name: Manuela Heinz

Matrikelnummer: 50000117

Adresse: Hugo-Distler-Str. 6
71065 Sindelfingen

Sindelfingen, den 29.11.2016

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1. Annäherung an zentrale Begrifflichkeiten.....	3
1.1. Cannabis	3
1.1.1. Grundlegendes zu Cannabis als Rauschmittel	3
1.1.2. Die Wirkung von Cannabis	4
1.1.2.1. Das körpereigene Cannabinoidsystem	4
1.1.2.2. Psychische Auswirkungen von Cannabis	5
1.1.2.3. Körperliche Auswirkungen von Cannabis	6
1.1.3. Die Cannabisprohibition	6
1.1.4. Abhängigkeit	9
1.1.4.1. Neurobiologische und Neuropsychologische Erkenntnisse der Suchtforschung	9
1.1.4.2. Zur Definition und Diagnostik von Abhängigkeit	10
1.1.4.3. Zur Definition und Diagnostik der Cannabiskonsumstörung	13
1.1.5. Zur Ätiologie des Rauschmittelkonsums	14
1.1.5.1. Familiäre Faktoren	15
1.1.5.2. Psychopathologische Auffälligkeiten	17
1.1.5.3. Psychoanalytische Erklärungsansätze	18
1.1.5.4. Phasenspezifische Faktoren	19
1.1.5.5. Gesellschaftliche Faktoren	20
1.1.5.6. Historische Faktoren	23
1.1.5.7. Ideologische Faktoren und Gruppenphänomene	24
1.1.6. Zur Konsummotivation	25
1.1.7. Mögliche Folgen des Cannabiskonsums	28
1.1.7.1. Mögliche psychosoziale Folgen	28
1.1.7.2. Mögliche körperliche Folgen	29
1.1.7.3. Mögliche psychische Folgen	30
1.2. Die Psychose	31
1.3. Zur Komorbidität	36
1.3.1. Definition von Komorbidität	36
1.3.2. Die Komorbidität von der Cannabiskonsumstörung und der Psychose	37
1.3.3. Ätiologie der Komorbidität von Suchterkrankung und Psychose	40
1.3.3.1. Modelle der sekundären Suchtentwicklung	40
1.3.3.2. Modelle der sekundären Psychoseentwicklung	41
1.3.3.3. Modelle zur gemeinsamen Ätiologie	42
1.3.3.4. Komplexe Modelle	42
1.4. Die Suchtberatung	43
1.5. Orientierungshilfen im Umgang mit KlientInnen mit psychotischen Störungen ..	44
2. Die qualitative Datenauswertung zweier ExpertInneninterviews	48
2.1. Vorgehensweise	49
2.1.1. Festlegung des Materials	49
2.1.2. Die Analyse der Entstehungssituation	50
2.1.3. Formale Charakteristika des Materials	50
2.1.4. Die Bestimmung der Fragestellung in zwei Schritten	51
2.1.5. Die Bestimmung der Analysetechnik und Erstellung eines Kodiersystems ..	51
2.1.6. Auswertung der Interviews mit der Software MAXQDA	52

2.2. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	52
2.2.1. Das typische Beratungsgespräch.....	53
2.2.2. Problematiken der KlientInnen	57
2.2.3. Die Cannabiskonsumstörung	58
2.2.3.1. Anzahl der KlientInnen mit der Diagnose Cannabiskonsumstörung	58
2.2.3.2. Alter der KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung	59
2.2.3.3. Auswirkungen des Cannabiskonsums	60
2.2.3.4. Gründe für den Konsum von Cannabis bei Jugendlichen	61
2.2.4. Wissen zu psychotischem Verhalten.....	62
2.2.5. Wissen über Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose	65
2.2.6. Vorkommen von Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose in der Praxis	67
2.2.7. Umgang mit psychotischen KlientInnen	67
2.3. Auswertung der Ergebnisse.....	70
3. Fazit	77
3.1. Allgemeine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse	77
3.2. Persönliches Fazit	78
Danksagung	80
Abbildungsverzeichnis.....	81
Literatur- und Medienverzeichnis	82
Literatur.....	82
Internetquellen	93
Anhang	1
Anhang 1: Die historische und geographische Verbreitung der Cannabispflanze	1
Anhang 2: Lebenszeitprävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2015.....	4
Anhang 3: Übersicht über verschiedene prospektiv-epidemiologische Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie.....	5
Anhang 4: Ablaufmodelle strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse	6
Anhang 5: Vormerkung zum Interview.....	7
Anhang 6: Interviewleitfaden für die ExpertInneninterviews	8
Anhang 7: Interviewtranskription des ExpertInneninterview mit Lisbeth Ostertag	10
Anhang 8: Interviewtranskription des ExpertInneninterview mit Ralf Schumann.....	23
Anhang 9: Kodierleitfaden	53
Anhang 10: Einverständniserklärungen.....	58
Eidesstaatliche Versicherung	60

Einleitung

Seit vielen tausend Jahren kultivieren die Menschen die Hanfpflanze ‚Cannabis sativa‘. Die vielfach verwendbaren Fasern des Hanfs wurden bereits damals für die Herstellung von Garnen genutzt, woraus die Menschen Fischnetze, Kleidung, Dichtungsmaterial und andere nützliche Materialien herstellten. Über die Jahre und Jahrzehnte erkannten sie neben dem Nutzen der Hanfpflanze zur Herstellung unterschiedlichster Materialien auch die bewusstseinsverändernde Wirkung des Cannabis (vgl. Täschner 2005, S. 1-9). So habe sich, laut Gaßmann (2004), Cannabis mittlerweile zu einem festen Bestandteil unserer kulturellen Darstellung entwickelt. Auch tituliert man Cannabis heutzutage oftmals als die Alltagsdroge, da sie für den Großteil der Menschen in Deutschland kurzfristig und mit wenig Aufwand zu beschaffen ist. Gaßmann (2004) geht noch einen Schritt weiter und nennt Cannabis die ‚Jugenddroge‘ (vgl. Gaßmann 2004, S. 7). Im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5)¹ wird von Cannabis im Allgemeinen als ‚Einstiegsdroge‘ gesprochen (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 709). Doch ist Cannabis wirklich so beliebt, insbesondere unter Jugendlichen, dass sie diesen Namen gerecht wird? Die aktuelle Drogenaffinitätsstudie² bestätigt die hohe Popularität des Cannabiskonsums unter Jugendlichen, im Alter von 12-17 Jahren, und jungen Erwachsenen, im Alter von 18-25 Jahren (vgl. Orth 2016, S.55). Hier wird Cannabis als „... die Substanz, die in der 12- bis 25-jährigen Allgemeinbevölkerung für den Konsum illegaler Drogen bestimmend ist“ (Orth 2016, S. 54) beschrieben. Die aktuelle Drogenaffinitätsstudie belegt die dominierende Position des Cannabis unter den illegalen Drogen mit den folgenden Zahlen: 9,7 % der Jugendlichen, das heißt circa jeder zehnte Jugendliche, und 34,5% der jungen Erwachsenen, somit jeder dritte junge Erwachsene, hat schon einmal in seinem Leben Cannabis konsumiert (vgl. Orth 2016, S. 55). Doch wie gefährlich kann Cannabis sein, wenn ein großer Teil der jungen Menschen in Deutschland bereits seine Erfahrungen damit gemacht hat? Leurs et al. (2004) spricht von

„Eine[r] neue[n] Drogenwelle[, welche] ... die deutschen Schulen [bedroht]: Immer mehr Jugendliche und sogar Kinder rauchen Cannabis – bis zum Totalabsturz. Seit hochgezüchtetes Power-Kraut geraucht wird, steigt die Zahl von Schwerstabhängigen mit lebenslangen Psychoschäden.“ (Leurs et al. 2004, S. 70)

¹ Im Folgenden wird die Abkürzung DSM für das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen verwendet.

² „Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) untersucht mit der Drogenaffinitätsstudie, die in regelmässigen Abständen wiederholt wird, das Rauchverhalten, den Alkoholkonsum und den Konsum illegaler Drogen der 12- bis 25-jährigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland. (...) In der Studie des Jahres 2015 wurde eine für Deutschland repräsentative Stichprobe von 7.004 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 12 bis 25 Jahren mit computergestützten Telefoninterviews (CATI) befragt.“ (Orth 2016, S. 12)

Barack Obama³ ist der Meinung, Cannabis sei nicht gefährlicher als Alkohol (vgl. Zeit online, 21.10.2016). Meier et al. (2012) wiederum berichtet von der Gefahr des Cannabiskonsums insbesondere bei Jugendlichen, da dieser dazu führen könne, dass die jungen Menschen unfähig werden eine feste Persönlichkeit zu entwickeln (vgl. Meier et al. 2012 in Zeit online, 21.10.2016). Immer wieder wird das Thema Cannabis und seine möglichen Wirkungen und Folgen in den Medien kritisch diskutiert. Insbesondere die aktuelle Entkriminalisierungsdebatte von Cannabisprodukten in Deutschland rückt dieses Thema erneut in das Zentrum der Aufmerksamkeit. Ich habe mein Praxissemester im Suchthilfezentrum Böblingen, welches von dem Evangelischen Diakonieverband im Landkreis Böblingen und dem Verein für Jugendhilfe e.V. Böblingen betrieben wird, absolvieren dürfen. Hier konnte ich mich genauer mit der Cannabisabhängigkeit beschäftigen und ein paar Fälle von Cannabisabhängigen, die unter psychotischen Symptomen gelitten haben, kennenlernen. Dies weckte mein Interesse an der Frage in wie weit Cannabiskonsum psychotische Symptome oder gar Psychosen auslösen oder begünstigen kann. Mit diesem Thema möchte ich in meiner Bachelor-Thesis näher befassen. Genauer gesagt, habe ich mich gefragt, in wie weit die Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung und Psychose, Auswirkungen auf den Beratungskontext haben kann. Gibt es besondere Handlungsmaxime im Umgang mit Menschen, die in einer akuten psychotischen Phase stecken? Hierzu wird ein empirischer Forschungsteil in Form von zweier qualitativer ExpertInneninterviews meinen Theorieteil ergänzen. Ich habe mich für die Ergänzung durch einen empirischen Teil entschieden, da ich der Meinung bin, dass es insbesondere in der Sozialen Arbeit wichtig ist über den sprichwörtlichen Tellerrand der Literatur hinauszublicken. Aufgrund dessen möchte ich einen eigenen exemplarischen Eindruck aus der Praxis des Evangelischen Diakonieverbands im Landkreis Böblingen zu diesem Thema erhalten. Durch die bereits beschriebene starke Beliebtheit von Cannabis, insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen⁴, habe ich mich zudem für eine Einschränkung meiner Fragestellung auf die Altersgruppe der 12- bis 25-jährigen entschieden. Auch ist mir bewusst, dass die Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen⁵ ein interdisziplinäres Feld darstellt. Hier überschneiden sich die Soziale Arbeit, die Psychologie, die Neurologie und andere Disziplinen teilweise. Aufgrund meines Studienganges, werde ich zwar an manchen Stellen andere Disziplinen

³ Präsident der Vereinigten Staaten von Amerika von 2009-2016.

⁴ Generell lässt sich der aktuellen Drogenaffinitätsstudie entnehmen, dass anhand der Untersuchungen zur Lebenszeitprävalenz (=unter Lebenszeitprävalenz versteht man den Anteil derjenigen, die eine der untersuchten illegale Drogen schon einmal in ihrem Leben genommen haben (vgl. Orth 2016, S. 54)), dass fast jeder Erwachsene, der bereits einmal in seinem Leben eine illegale Droge ausprobiert hat, ebenfalls Cannabis konsumiert hat (vgl. Orth 2016, S. 58; Siehe hierzu auch Abbildung 1 im Anhang 2). Dies zeigt auch im Allgemeinen eine starke Beliebtheit von Cannabis unter den illegalen Drogen in Deutschland.

⁵ Die Cannabiskonsumstörung und die Psychose zählen, laut DSM-5 und ICD-10, zu den psychischen Erkrankungen.

ansprechen, jedoch möchte ich den primären Fokus auf das Feld der Sozialen Arbeit lenken.

1. Annäherung an zentrale Begrifflichkeiten

Um über die Cannabisabhängigkeit in Verbindung mit der Psychose kritisch diskutieren zu können, ist es wichtig, diese Thematik in erster Linie zu verstehen, zu durchdringen und auf den aktuellen Stand der Wissenschaft zu bringen. Aufgrund dessen werden zu Beginn spezifische Grundbegriffe definiert und erläutert.

1.1. Cannabis

Cannabis gilt als „... die in der Bundesrepublik Deutschland am häufigsten gebrauchte und gehandelte illegale Droge.“ (Robert Koch Institut/Statistisches Bundesamt, 02.10.2016). Sie wird, laut Täschner (2005), zu den Rauschdrogen^{6 7} gezählt, da ihre Hauptwirkung primär die Erzeugung eines Rauschzustandes beinhaltet (vgl. Täschner 2005, S. 1). Es ist meines Erachtens wichtig, die Droge Cannabis und ihre Wirkung zu verstehen, um anschließend über mögliche Folgen sprechen zu können. Aufgrund dessen möchte ich im Folgenden genauer auf Cannabis als Rauschmittel eingehen.

1.1.1. Grundlegendes zu Cannabis als Rauschmittel

Cannabisprodukte werden aus der Hanfpflanze ‚Cannabis sativa‘ hergestellt. Der Mensch hat bereits vor vielen Jahrtausenden die berauschende Wirkung von Cannabis entdeckt⁸. Um Cannabis als Rauschmittel zu verwendet werden nur blühende, beziehungsweise verblühende weiblichen Cannabispflanzen verarbeitet. Die größten Konzentrationen an THC (Delta-9-Tetrahydrocannabinol), dem wichtigsten pharmakologischen Bestandteil und rauscherzeugenden Stoff der Cannabispflanze, weisen die Deckblätter der weiblichen Blüte und das Harz auf. Letzteres wird von speziellen Drüsen auf der Oberfläche der Blätter und der Blüten abgesondert. In Europa wird generell zwi-

⁶ Unter Droge wird, laut Duden, ein „pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Rohstoff für Heilmittel, Stimulanzen oder Gewürze“ (Duden, 24.11.2016) verstanden.

⁷ "Der Rausch, als ein zeitlich begrenzter, veränderter Erlebnis- und Bewusstseinszustand, lässt Körper und Psyche hochgradig übererregt oder untererregt sein. Dies kann einhergehen mit Entgrenzungsgefühlen wie „Alles ist möglich, alles ist leicht“. Auch Ekstase, als ein Erleben von „unbegrenzt“, „zeitlos“ und „raumlos“ sein ist möglich. Spirituelle Gefühle wie Erfahrungen des Einsseins mit dem Kosmos, „ich bin mit allem verbunden“, können auftreten. Das eigene Verhalten wird gerade zu Beginn des Konsums als „Ich-nahe“ und lustbetont „Ich-synton“ erlebt. Später kann es als „Ich-fremd“ und unsinnig „Ich-dyston“ erlebt werden. Später können Denkinhalte und Handlungen nicht mehr kontrolliert werden und die Sucht verliert weitestgehend ihren Lustaspekt und bekommt etwas Zwanghaftes.“ (Schiffer 2014, S. 72/73)

⁸ Siehe hierzu Anhang 1: Die historische und geographische Verbreitung der Cannabispflanze.

schen drei unterschiedlichen Cannabiszubereitungen unterschieden. Diese sind Haschisch, Marihuana und Haschischöl. Das Wort Haschisch stammt aus dem arabischen und bedeutet Gras. Heutzutage gilt der Begriff ‚Gras‘ jedoch als Allgemeinbegriff für die Zubereitung von Drogen aus Cannabisharz. Das Harz wird von den Blättern der Cannabispflanze abgestreift oder durch Aussieben der Blüten oder Blätter gewonnen. Verkauft wird dieses Cannabisprodukt in Form von gepressten Platten. Der Begriff Marihuana stammt aus dem mexikanischen Sprachraum und gilt als üblicher Begriff für Cannabiskraut, welches aus getrockneten Blüten und teilweise auch Blättern der Cannabispflanze gewonnen wird. Das sogenannte Haschischöl wird durch Lösungsmittlextraktion oder auch Destillation von Cannabiskraut oder Cannabisharz hergestellt. Es hat eine dunkelbraune, zähflüssige Konsistenz und weist in der Regel einen höheren THC-Gehalt auf als Haschisch oder Marihuana. Die THC-Gehalte der auf dem Markt erhältlichen Cannabiszubereitungen variieren sehr (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 17, 31-32).

1.1.2. Die Wirkung von Cannabis

Im Folgenden werde ich erläutern, wo und wie das THC der Cannabispflanze auf die menschliche Psyche und den menschlichen Körper wirkt. Anschließend werden die möglichen psychosozialen, körperlichen und psychischen Folgen dargestellt, die durch den Konsum von Cannabisprodukten auftreten können.

1.1.2.1. Das körpereigene Cannabinoidsystem

Der Wirkstoff THC löst vielfältige und bei unterschiedlichen Personen sehr variable, teilweise auch gegensätzliche Wirkungen aus. Insbesondere Emotionen, das Denken, die Verarbeitung von Sinneseindrücken oder auch körperliche Funktionen können von der Wirkung des THCs betroffen sein. Das THC entfaltet seine Wirkung indem es, vergleichbar mit den körpereigenen Endocannabinoiden, an speziellen Bindungsstellen, sogenannte Cannabinoidrezeptoren, auf Nervenzellen sowie anderen Körperstellen andockt und diese aktiviert. Die Endocannabinoide stellen zusammen mit den Cannabinoidrezeptoren das körpereigene Cannabinoidsystem dar. Dieses ist von zentraler Bedeutung für die Funktionalität der Psyche und des Körpers eines Menschen. Das Cannabinoidsystem ist als Informationssystem tierischer Organismen bereits viele Millionen Jahre alt. Es lässt sich bei Säugetieren sowie bei Reptilien, Vögeln und sogar bei Blutegeln finden und ist von wesentlicher Bedeutung in Bezug auf unterschiedliche Körperfunktionen. Das Cannabinoidsystem hängt eng mit anderen Bindungsstellen und Systemen von Botenstoffen, beispielsweise Hormonen oder Neurotransmitter zusammen. Genauer leiten diese gemeinsam die Informationen über den Zustand des Körpers weiter,

auf dessen Basis die Zellen eine spezifische Reaktion des Körpers veranlassen. Cannabinoidrezeptoren lassen sich primär auf Nervenzellen des Gehirn und Rückenmarks aber auch auf Zellen diverser Organe und weißen Blutkörperchen finden. Abhängig von ihrer Position im menschlichen Körper hat die Aktivierung der Cannabinoidrezeptoren unterschiedliche Auswirkungen auf den Menschen. Sie können beispielsweise zu einer Hemmung der Schmerzleitung, zu einem Glücks- oder Angstgefühl, einer Veränderung des Zeitgefühls sowie zur Senkung des Blutdrucks führen. Endocannabinoide gehören als körpereigene Substanzen zu den hemmenden Botenstoffen. Eine der wichtigsten natürlichen Funktion von Endocannabinoiden ist der Schutz von Nervenzellen. Hier hemmt das Endocannabinoid unter anderem die übermäßige Freisetzung des Botenstoffes Glutamat, welches der Körper bei einer Mangelversorgung des Gehirns mit Sauerstoff, beispielsweise bei einem Schlaganfall oder einer traumatischen Schädel-Hirn-Verletzung, absondert. Ohne diese hemmende Wirkung des Endocannabinoid könnte diese übermäßige Menge an Glutamat die Nerven schädigen und den Schaden, der durch die Verletzung entstanden ist, vergrößern. Ebenfalls von zentraler Wichtigkeit sind die Endocannabinoide für das Belohnungssystem des Gehirns. Dessen Stimulierung durch Endocannabinoide führt zu angenehmen Gefühlen. Durch Alkohol, Nikotin oder auch pflanzliche Cannabinoide kann das Belohnungssystem auch stimuliert werden. Besonders die durch die Aktivierung des Belohnungssystems ausgelösten Wahrnehmungen sind bedeutende Motive für den Konsum von Cannabis und spielen eine zentrale Rolle in Bezug auf eine mögliche Abhängigkeitsentwicklung. Die vordringlichsten Auswirkungen von pflanzlichen Cannabinoiden auf den menschlichen Körper betreffen die Psyche, Herz und Kreislauf sowie die geistige und motorische Leistungsfähigkeit (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 17-18).

1.1.2.2. Psychische Auswirkungen von Cannabis

Das Konsumieren von THC resultiert beim Menschen in der Regel in einem angenehmen und entspannten Gefühl und kann in sozialen Interaktionen Heiterkeit und Gesprächigkeit auslösen. Weitere psychische Effekte von THC auf den Menschen können leichte Euphorie, ein gesteigertes Wohlbefinden, die Veränderung der Zeitwahrnehmung in Form von Dehnungen der Zeit, assoziatives Denken mit Störungen des Kurzzeitgedächtnisses und intensivere Wahrnehmung externer Reize sowie des eigenen Körpers sein. Jedoch kann der Cannabiskonsum nicht nur positiv empfundene Wirkungen hervorrufen. Insbesondere bei dem Konsum von hohen THC-Dosen können Angstzustände auftreten. Diese können sich teilweise bis zu Panik und Todesangst steigern. Auch ein Wechselspiel aus Phasen des gesteigerten Wohlbefindens und Phasen unangenehmer Erlebnisse sind keine untypischen akuten Rauscherfahrungen. Nach Abklingen des akuten

Rauschzustandes folgt oft eine Ruhephase in Begleitung von Müdigkeit. Ebenso können neben den charakteristischen psychischen Wirkungen des Cannabiskonsums auch Beeinträchtigungen der Reaktionsfähigkeit, Feinmotorik, Bewegungskoordination, Aufmerksamkeit sowie des Gedächtnisses auftreten. Den Konsumierenden können die Bewältigung komplexer Denkaufgaben oder die Bedienung von Maschinen starke Probleme bereiten, da der Cannabiskonsum die geistige und motorische Leistungsfähigkeit mindert. Psychische Auswirkungen des Cannabiskonsums resultieren lediglich dann, wenn beim Konsumieren eine individuelle Schwellendosis überschritten wird. Erfolgt der Konsum durch das Rauchen der Cannabispflanze, liegt diese Schwellendosis bei etwa 3-5 mg THC. Bei dieser Konsumform ist zur Erreichung eines Rauschzustandes in der Regel eine Dosis von 10-15mg und mehr THC notwendig. Bei oralem Cannabiskonsum ist die Dosis zur Erzielung eines Rausches sehr variabel und auch die Stärke und Dauer eines Rauschzustandes variieren hier stark. Obwohl THC in Deutschland und einigen anderen Ländern in speziellen Fällen von schweren Krankheiten, zum Beispiel bei Schmerzen oder Muskelspastiken, eingesetzt wird, werden hier normalerweise orale Einzeldosen zwischen 2,5 und 15mg verschrieben, damit die Einnahme des, in diesem Falle Medikaments, keine Rauschzustände auslöst (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 17, S.19-20). Ebenfalls kann der Cannabiskonsum zu psychotischen Symptomen wie Verfolgungsängsten und Verwirrtheit, zu Erinnerungslücken, Halluzinationen oder genereller Überempfindlichkeit führen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 17).

1.1.2.3. Körperliche Auswirkungen von Cannabis

Typische körperliche Wirkungen von Cannabis stellen eine Abnahme der Speichelproduktion mit einhergehender Trockenheit von Mund und Rachen, eine Abnahme des Tränenflusses und die Rötung der Augen dar. Auch eine Beschleunigung des Pulses und gelegentlich eine Abnahme des Blutdruckes, was zu Schwindelgefühlen führen kann, sind mögliche Folgen. Auch nicht untypisch ist die Steigerung des Appetits. Selten kommt es zu Kopfschmerzen, Gesichtsrötungen, Übelkeit oder Erbrechen (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 19-20). Herzrasen sowie einen Kreislaufkollaps zu erleiden, sind ebenfalls mögliche Auswirkungen des Konsums von Cannabis (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfrage e.V. 2014, S. 17).

1.1.3. Die Cannabisprohibition

Es gilt in der Regel als bekannt, dass in Deutschland ein generelles Cannabisverbot herrscht (vgl. § 29-34 Betäubungsmittelgesetz). Im Folgenden soll dies kurz erläutert

werden. Ich bin der Meinung, dass es im Hinblick auf eine Diskussion über Cannabisabhängigkeit wichtig ist, die allgemeine Cannabisprohibition kurz darzulegen, um eine Basis für später folgende Themenbereiche, wie beispielsweise die psychosozialen Folgen inklusive der strafrechtlichen Konsequenzen des Cannabiskonsums zu schaffen.

Bereits in der Nachkriegszeit befürchtete man aufgrund des in den Vereinigten Staaten von Amerika eingeschätzten Cannabisproblems die Übersiedelung einer möglicherweise gesundheitsgefährdenden Droge in die westliche Welt. Aufgrund dessen befasste sich 1948 die World Health Organisation (WHO) erstmals mit dieser Thematik. In den darauffolgenden Jahren fertigte die Suchtmittelkommission der Vereinten Nationen die ‚Single-Convention‘ an (vgl. Täschner 2005, S. 25). Diese verpflichtete die Mitgliedsstaaten, unter anderem Deutschland,

„... die der Konvention unterstellten Drogen ausschließlich für medizinische und wissenschaftliche Zwecke zu benutzen und Herstellung, Export und Import, Verteilung und Handel von und mit derartigen Stoffen zu kontrollieren.“ (Täschner 2005, S. 25)

Seit der Zeit der Protestbewegungen der jungen Intellektuellen von 1968 hat sich in Deutschland ein Schwarzmarkt für Cannabisprodukte entwickelt (vgl. Täschner 2005, S. 13). Da der Verkauf von Rauschmitteln einen hohen Ertrag liefert, haben sich zur Entwicklung dieses Schwarzmarktes viele kriminelle Gewohnheitstäter dem Handel mit Drogen zugewandt. Insbesondere frühere Einbrecher, Hehler, illegale Waffenhändler, Kraftfahrzeugschieber oder Falschgeldvertreiber wechselten zum Drogengeschäft (vgl. Gemmer 1971 in Täschner 2005, S. 13). Cannabis entwickelte sich ebenfalls zu einem festen Bestandteil des Drogenmarktes in Deutschland (vgl. Täschner 2005, S. 14). 1971 wurde während einer Konferenz in Wien bekannt gegeben, dass Delta-9-Tetrahydrocannabinol (THC) streng kontrolliert werden soll, da dieser Stoff eine gesundheitsgefährdende Droge sei. Nachdem Deutschland auch hierzu seine Zustimmung gab, trat das Land 1988 dem Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen den unerlaubten Verkehr mit Suchtstoffen und psychotropen Stoffen⁹ bei und befürwortete dadurch Maßnahmen zur Einschränkung der unerlaubten Nachfrage nach Betäubungsmitteln¹⁰ (vgl. Täschner 2005, S. S. 25).

Das heutzutage gültige Betäubungsmittelgesetz (BtMG) von 1981, auch bekannt als ‚Gesetz zur Neuordnung des Betäubungsmittelrecht‘, hat seinen Ursprung im Gesetz

⁹ ‚psychotrop‘ bedeutet, „auf die Psyche einwirkend, psychische Prozesse beeinflussend“ (Duden, 25.09.2016). „Alle Rauschmittel sind gleichzeitig psychotrope Stoffe, jedoch sind die wenigsten psychotropen Stoffe Rauschmittel. Der Unterschied besteht in der Absicht oder Funktion, mit der der Stoff eingesetzt wird und in der Stärke seiner Wirkung.“ (Robert Koch Institut und Statistisches Bundesamt, 02.10.2016).

¹⁰ Betäubungsmittel ist ein Synonym für Droge oder Rauschgift (= Substanz die einen Rauschzustand erzeugt). Es ist ein Mittel, welches für Betäubungen (= das Hervorrufen eines Zustandes der Benommenheit) geeignet ist (vgl. Duden, 25.09.2016).

über den Verkehr mit Betäubungsmitteln von 1920. Die derzeitige Regierung stimmte 1929 dem internationalen Opiumabkommen von 1925 zu. Da hierdurch der Geltungsbereich des Betäubungsmittelrechts auf Cannabis erweitert wurde, bedurfte das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln von 1920 einer Änderung. Diese neue Version des Gesetzes über den Verkehr mit Betäubungsmitteln galt mit wenigen Modifikationen bis 1971. Die Rauschgiftkriminalität¹¹ nahm zu dieser Zeit folgenswer zu. Man befürchtete die anhaltende Zunahme von drogenspezifischer Kriminalität und eine irreparable Schädigung der Volksgesundheit. Aufgrund dessen entschied die derzeitige Regierung sich, dass das Gesetz neue Zielrichtungen bedürfe. Es stand im Vordergrund, den Handel und die Angebotsseite intensiver zu bekämpfen und gleichzeitig die Konsumierenden als Kranke zu sehen und daher zu begünstigen. Diesem Gedanken entsprang das Betäubungsmittelgesetz von 1971, welches bis 1981 gültig war. Es umfasste die Stoffe Opium, Kokain und Morphin sowie deren Abkommen als auch Blüten- und Fruchtstände der Cannabispflanze sowie das Ekgonin¹². Zudem kontrollierte das Gesetz durch das Bundesgesundheitsamt die Ein- und Ausfuhr, die Gewinnung und Herstellung sowie Verarbeitung. Das Betäubungsmittelgesetz von 1971 umfasste des Weiteren Strafbestimmungen mit einem Strafraum bis zu einer Freiheitsstrafe von zehn Jahren. Das 1981 in Kraft getretene und noch heute gültige Betäubungsmittelgesetz unterscheidet sich durch strukturelle Veränderungen zu dem von 1971. Das bedeutet, dass die Vielzahl von Verordnungen, die das Betäubungsmittelgesetz von 1971 ergänzten, auf drei Anlagen und drei Verordnungen, unter anderem die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV), reduziert beziehungsweise zusammengefasst wurden. Eine weitere Unterscheidung lässt sich in einzelnen Bereichen der Gesetzgebung finden. Unter anderem wird in dem neuen Betäubungsmittelgesetz auch der Anbau von Betäubungsmitteln bestraft. Des Weiteren wurde das mögliche Strafmaß von zehn auf 15 Jahre Freiheitsentzug erweitert. Auch hat man den Rehabilitationsgedanken weiter in den Vordergrund gestellt. Dies bedeutet, dass drogenabhängige Straftäter bezüglich des Strafmaßes noch mehr begünstigt sowie nicht abhängige Händler stärker bestraft werden. Aufgrund dessen gibt es mittlerweile für drogenabhängige Straftäter beispielsweise die Möglichkeit der ‚Therapie vor Strafe‘. Seit der Veränderung des Betäubungsmittelgesetzes 1981 wurde dieses immer wieder durch Rechtsverordnungen ergänzt (vgl. Täschner 2005, S. 25-26).

¹¹ Unter Rauschgiftkriminalität versteht man die „Kriminalität in Bezug auf oder unter Einfluss von Rauschgift“ (Duden, 25.09.2016).

¹² Ekgonin gilt als eines der wichtigsten Metabolite (=Zwischenprodukte des Zellstoffwechsels) der Blätter des Kokastrauchs (vgl. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht, 07.10.2016; vgl. Duden, 07.10.2016).

1.1.4. Abhängigkeit

1.1.4.1. Neurobiologische und Neuropsychologische Erkenntnisse der Suchtforschung

Abhängigkeit an sich wird seit vielen Jahrzehnten erforscht. Hier liefern die Neurobiologie¹³ und die Neuropsychologie¹⁴ wichtige Erkenntnisse. Baudis (2014) berichtet davon, dass in den 80er-Jahren die bedeutende Rolle des Endorphinsystems bezüglich Opiatabhängigkeit und dem Entzugsgeschehen entdeckt wurde. Dem folgte die Entdeckung des Dopaminsystems und dessen Bedeutung in Verbindung mit Sucht und Belohnung. Es stellte sich heraus, dass Suchtmittelsubstanzen ihre abhängigkeiterregende Wirkung im Verlauf letztendlich alle über dieses sogenannte mesolimbische Dopaminsystem entfalten. Das mesolimbische Dopaminsystem umfasst den präfrontalen Kortex (PFC), den Nucleus Accumbens (NCC) und das ventrale Tegmentum (VTA). Diese Erkenntnisse des Zusammenhangs zwischen dem Dopaminsystem und Suchtmitteln stellen einen Durchbruch in der neurobiologischen Suchtforschung dar (vgl. Baudis 2014, S. 8). Die Theorie der Sensibilisierung des Dopaminsystems durch Drogen lieferten ebenfalls eine Grundlage für die Forschung von Berridge und Robinson (2003). Diese trugen mit ihrer Forschung wesentlich zur Anerkennung von Abhängigkeit als Krankheit, unter anderem durch die Verknüpfung von neurobiologischen Prozessen mit psychologischen Aspekten, bei. Auch zeigten sie, dass die Behandlung von Abhängigkeit sich nicht durch einen Entzug definiert, sondern durch die Anforderung die Ansprechbarkeit auf Drogen und Drogenhinweisreize zu verlernen. Abhängigkeit hängt somit mit einer Separierung von Befriedigung und Verlangen zusammen. Dieser Zusammenhang läuft oft auf unbewusster Ebene ab. Es handelt sich hier um eine Verknüpfung zwischen erlernten stark emotional besetzten Umweltreizen, Auslösereizen und Konsumverhalten. Die Automatisierung dieser hat eine Umweltabhängigkeit und den erneuten Drogenkonsum zur Folge (vgl. Berridge/Robinson 2003 in Baudis 2014, S. 9). Um 2000 wurden systemische Modelle des Suchtsystems entwickelt. Diese Modelle beschäftigen sich mit der Beschreibung über das Zusammenwirken verschiedener Funktionsbereiche im Hirn (vgl. Baudis 2014, S. 9). 2003 veröffentlichten Volkow et al. hierzu ein neu entwickeltes neurobiologisches Konzept des Suchtsystems. Dieses beschreibt die Zusammenschaltung wesentlicher psychischer Kräfte, wie Motivation, Belohnung, Selbstkontrolle, das emotionale Gedächtnis und den Handlungsantrieb, im Suchtsystem und der Beeinträchtigung der Funktionsweise. Demnach entwickelt sich das Suchtsystem durch den Vorgang einer systematischen Umstrukturierung. Das bedeutet beispielsweise, dass unter

¹³ Die Neurobiologie ist eine „interdisziplinäre Forschungsrichtung, die sich die Aufklärung von Struktur und Funktion des Nervensystems zum Ziel gesetzt hat“ (Duden, 25.10.2016).

¹⁴ Die Neuropsychologie ist ein „Teilgebiet der Psychologie, das sich mit den Zusammenhängen von Nervensystem und psychischen Vorgängen befasst“ (Duden, 25.10.2016).

anderem das Belohnungssystem und die Abrufung sowie Auslösung von konditionierten Verhaltensweisen nachhaltig gestört und die verschiedenen Funktionen, hier Motivation und Motorik, neu verknüpft werden (vgl. Volkow et al. 2003 in Baudis 2014, S. 9). Generell lässt sich sagen, dass Drogenkonsum zentrale Veränderungen in der Neurobiologie des Menschen bewirken kann. Dieser führt neben der bereits beschriebenen Neuverknüpfung von Funktionsmodulen auch zu Störungen der Vermittlung und Nutzung von genetischen Informationen, zu synaptischen Veränderungen sowie zu dysfunktionalen Veränderungen durch die Außerkraftsetzung der Kontroll- und Steuerinstanzen im präfrontalen Kortex. In den letzten Jahren wurde ebenfalls die zentrale Bedeutsamkeit des Funktionsbereiches der Kontrolle für die Suchtentstehung erkannt (vgl. Baudis 2014, S.9). Hier lassen sich, laut Volkow et al. (2003), strukturelle Veränderungen im limbischen System¹⁵ erfassen. Insbesondere Strukturveränderungen im Funktionsbereich Kontrolle zeigen, laut dem Modell nach Volkow et al. (2003), eine herabgesetzte Aktivität durch den Drogenkonsum, welche auch nach dem Beenden des Konsums anhalten. Diese Strukturveränderungen konnten bei intensivem Konsum in Bezug auf jegliche Drogen belegt werden. Volkow et al. (2003) richten in ihrem systemischen Modell den Fokus auf das Zusammenspiel zwischen limbischen System, Belohnungssystem und Kontrollsystem. Durch diese Konzentration auf ein komplexes interagierendes System bewegten sie sich weg von der isolierten Betrachtung der einzelnen Systeme (vgl. Volkow et al. 2003 in Baudis 2014, S. 9-10). Aufgrund der Spezialisierung meiner Bachelor-Thesis auf den Bereich der Sozialen Arbeit, sollte dieser Einblick in die neurobiologischen und neuropsychologischen Forschungserkenntnisse bezüglich Abhängigkeit und Drogenkonsum an dieser Stelle genügen.

1.1.4.2. Zur Definition und Diagnostik von Abhängigkeit

Bevor ich auf die Diagnosekriterien von Abhängigkeit und später auch der Cannabiskonsumstörung und den psychotischen Störungen eingehe, möchte ich darauf hinweisen, dass Diagnosen nur von Ärzten oder Psychotherapeuten gestellt werden dürfen. Diagnosekriterien dienen in meiner Bachelor-Thesis lediglich dazu, die verschiedenen Krankheitsbilder zu verstehen. Auch habe ich während meines Praxissemesters erfahren dürfen, dass es sehr hilfreich sein kann, die Diagnosekriterien für verschiedene Krankheiten zu kennen. Dies kann helfen um eventuell noch nicht diagnostizierte Erkrankungen, bei auffälligem Verhalten, erneut von einem Arzt oder Psychotherapeuten abklären zu lassen.

¹⁵ Das limbische System umfasst den Nucleus Accumbens, den Amygdala, den Globus Pallidus und den Area tegementalis ventralis / Substantia Nigra (vgl. Baudis 2014, S. 10).

Um psychische Störungen diagnostizieren zu können, bedarf es allgemein gültigen Diagnosekriterien. Psychische Störungen werden unter anderem wie folgt definiert:

„Eine psychische Störung ist als Syndrom definiert, welches durch klinisch bedeutsame Störungen in den Kognitionen, der Emotionsregulation oder des Verhaltens einer Person charakterisiert ist. Diese Störungen sind Ausdruck von dysfunktionalen psychologischen, biologischen oder entwicklungsbezogenen Prozessen, die psychischen und seelischen Funktionen zugrunde liegen. Psychische Störungen sind typischerweise verbunden mit bedeutsamem Leiden oder Behinderung hinsichtlich sozialer oder berufs-/ausbildungsbezogener und anderer wichtiger Aktivitäten.“ (Falkai/Wittchen 2015, S. 26)

Die spezifischen Kriterien für die Diagnose psychischer Störungen lassen sich in den zwei führenden Klassifikationssystemen finden. Diese sind das Fünfte Buch der ‚internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme‘¹⁶ (ICD-10¹⁷; ‚Im Original: ‚International Classification of Disorders‘) und das ‚Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen‘ (DSM-5¹⁸). Das DSM-5 ist das amerikanische Klassifikationssystem. Es wurde in den USA durch das ‚American Psychiatric Publishing‘ 2013 erstmals veröffentlicht, während die deutsche Version erst 2015 folgte. Im DSM-5 lassen sich lediglich psychische Erkrankungen finden. Jedoch wird es aufgrund seiner, im Vergleich zu der ICD-10, in verschiedenen Bereichen höheren Forschungsorientierung von WissenschaftlerInnen sehr geschätzt. Die ICD-10 deckt alle Krankheiten, ob physischer oder psychischer Ansiedlung, ab. Dieses Klassifikationssystem der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat ihren Fokus im Vergleich zum DSM-5 weniger auf der wissenschaftlichen Fundierung (vgl. Berking/Rief 2012, S. 12-13). „...vielmehr [stellt es] die Kompromissfindung und Anpassung an die verschiedenen Kulturen der Erde“ (Berking/Rief 2012, S. 13) in den Mittelpunkt. In Deutschland wurde das ICD-10 als Klassifikationskatalog für die Diagnosestellung aller Ärzte und Psychotherapeuten verpflichtend festgelegt (vgl. Berking/Rief 2012, S. 13).

Der Begriff ‚Abhängigkeit‘ wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für den Begriff ‚Sucht‘ eingeführt, mit dem Ziel einen klaren und einheitlichen Begriff bezüglich der Sucht-Thematik zu schaffen, der auch auf internationaler Ebene bestehen kann. Aufgrund dessen wird von der Weltgesundheitsorganisation empfohlen, ‚Abhängigkeit‘ (‚dependency‘) an Stelle von ‚Sucht‘ (‚addiction‘) zu gebrauchen. Ebenfalls hat die Weltgesundheitsorganisation die Unterscheidung von psychischer und physischer Abhängigkeit

¹⁶ Im Folgenden wird die Abkürzung ICD für die Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme verwendet.

¹⁷ Die ‚10‘ nach der Abkürzung ICD steht für zehnte Revision, das bedeutet die aktuellste Fassung die zurzeit auf dem Markt erhältlich ist.

¹⁸ Die ‚5‘ nach der Abkürzung DSM steht für die fünfte Revision, das bedeutet die aktuellste Fassung die zurzeit auf dem Markt erhältlich ist.

eingeführt (vgl. Spektrum Akademischer Verlag, 25.10.2016). Demnach versteht man unter der psychischen Abhängigkeit

„ein Bedürfnis bis hin zu einem zwanghaften Drang oder Verlangen nach periodischem oder dauerhaftem Konsum der Droge, um ein Lustgefühl zu erlangen und/oder ein Unlustgefühl zu vermeiden.“ (Spektrum Akademischer Verlag, 25.10.2016)

Unter physischer Abhängigkeit wird

„eine körperliche Reaktion beim Dauerkonsumenten, die zu einer körperlichen Toleranz^[19] gegenüber der Drogen-Wirkung führt und beim Absetzen der Substanz Entzugssymptome hervorruft [verstanden].“ (Spektrum Akademischer Verlag, 25.10.2016)

Die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.²⁰ berichtet, dass „Regelmäßiger Cannabiskonsum ... zu einer psychischen Abhängigkeit und zu einer körperlichen Abhängigkeit führen [kann].“ (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 22). Laut der ICD-10 bedarf eine Diagnose von ‚Abhängigkeit‘ mindestens drei oder mehr spezifischer Symptome im vergangenen Jahr. Hierzu definiert die ICD-10 sechs Kriterien. Zu diesen gehören eine Art Zwang die psychotrope Substanz zu konsumieren (Kriterium 1), eine verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Ausmaßes des Konsums (Kriterium 2), körperliche Entzugssymptome²¹ bei Verminderung oder Beendigung des Konsums (Kriterium 3), eine Toleranzentwicklung²² bezüglich der Substanz (Kriterium 4), die Vernachlässigung anderer Interessen zu Gunsten des Konsums (Kriterium 5) und eine Fortsetzung des Konsums trotz schädlicher Folgen (Kriterium 6) (Dilling/Freyberger 2014, S. 77-78).

Während sich ‚Abhängigkeit‘ als solche in der ICD-10 finden und definieren lässt, gibt es diese Definition im DSM-5 nicht. Hier taucht der Begriff ‚Substanzkonsumstörung‘ auf. Dieser lässt aufgrund seiner Charakterisierung und Definierung darauf schließen, dass er ein Synonym für ‚Abhängigkeit‘ darstellt. Das DSM-5 benennt elf Kriterien zur Diagnose der Substanzkonsumstörung. Diese sind: der Substanzkonsum in höheren Dosen und über eine längere Zeitspanne als beabsichtigt (Kriterium 1), der bestehende stetige Wunsch der/des Betroffenen, den Konsum der Substanz zu beenden oder zu kontrollie-

¹⁹ Hier wurde der Rechtschreibfehler aus dem Originalzitat gemäß der Richtigkeit von direkten Zitaten übernommen.

²⁰ Im Folgenden wird die Abkürzung DHS für die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. benutzt.

²¹ Entzugssymptome sind abhängig davon, welche Substanz in welchem Ausmaß konsumiert wurde (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 666). Im Falle eines Cannabisentzugs, können Aggression, Angst, Schlafschwierigkeiten, Gewichtsverlust, Innere Unruhe, depressive Stimmung, Zittern, Schwitzen und andere Entzugssymptome auftreten (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 712).

²² Toleranzentwicklung bedeutet eine höhere Verträglichkeit der Substanz. Es müssen immer höhere Mengen der Substanz konsumiert werden um den gleichen Effekt zu erreichen (vgl. ICD-10 Kapitel V).

ren mit Einhergehen mehrerer erfolgloser Versuche (Kriterium 2). Des Weiteren die Angabe, dass der/die Betroffene viel Zeit für die Beschaffung und den Konsum der Substanz sowie für die Erholung von der Wirkung der Substanz aufwendet (Kriterium 3). Weitere Kriterien stellen das sogenannte ‚Craving‘, das heißt der Zwang nach einer bestimmten Substanz (Kriterium 4) sowie wiederholtes Versagen aufgrund des Substanzkonsums bei der Erfüllung von zentralen Aufgaben wie beispielsweise im Haushalt, bei der Arbeit oder in der Schule (Kriterium 5) dar. Als nächstes Kriterium benennt das DSM-5 den anhaltenden oder auch widerkehrenden Substanzkonsum trotz sozialer und zwischenmenschlicher Probleme aufgrund dessen (Kriterium 6), die Vernachlässigung wichtiger Interessen oder Pflichten in sozialen Rollen aufgrund des Substanzkonsums (Kriterium 7) sowie der Konsum der Substanz in Situationen, die zu einer körperlichen Gefährdung führen können, beispielsweise beim Autofahren (Kriterium 8). Das nächste Kriterium stellt der anhaltende Substanzkonsum trotz des Wissens der/des Betroffenen über ihre/seine andauernden oder widerkehrenden physischen sowie psychischen Probleme, welche mit hoher Wahrscheinlichkeit durch den Konsum der Substanz hervorgerufen oder verschlimmert wurden (Kriterium 9). Abschließend werden noch die Toleranzentwicklung (Kriterium 10) und das Auftreten von Entzugssymptomen (Kriterium 11) genannt (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 662-666).

1.1.4.3. Zur Definition und Diagnostik der Cannabiskonsumstörung

Nachdem nun die allgemeinen Diagnosekriterien für Abhängigkeit beziehungsweise die Substanzkonsumstörung erläutert wurden, werde ich im Folgenden genauer auf die Diagnose ‚Cannabiskonsumstörung‘ oder auch ‚Störungen durch Cannabiskonsum‘ eingehen.

Laut DSM-5 zählt die Cannabiskonsumstörung zu den ‚Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen und abhängigen Verhaltensweisen‘ beziehungsweise den ‚Substanzkonsumstörungen‘²³ (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 661). Aufgrund dessen zählen für die Diagnose einer Cannabiskonsumstörung alle allgemeinen Kriterien für die ‚Substanzkonsumstörung‘ mit der Besonderheit, dass sie nicht auf diverse oder unterschiedliche Substanzen bezogen werden, sondern ausdrücklich nur auf Cannabis (Falkai/Wittchen 2015, S.700-701). Dies gilt in ähnlicher Weise für den ICD-10. Laut diesem zählen die ‚Psychischen und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide‘ zu den ‚Störungen durch psychotrope Substanzen‘. Hier wird das ‚Abhängigkeitssyndrom‘ bezüglich einer spezifischen Substanz diagnostiziert (vgl. Dilling/Freyberger 2014, S. 77-78).

²³ Definition hierzu siehe unter 1.1.4.2. Zur Definition und Diagnostik von Abhängigkeit

Generell kann die Cannabiskonsumstörung zu jeder Zeit im Verlauf der Adoleszenz oder danach beginnen. Ein Beginn dieser Substanzkonsumstörung kann auch vor oder nach dieser Zeit auftreten. Jedoch liegt dieser meist in der Phase der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter und entwickelt sich in der Regel über einen längeren Zeitraum. Bei jungen KonsumentInnen mit tiefgehenden Problemen des Sozialverhaltens kann dieser Prozess jedoch auch beschleunigt verlaufen. Insbesondere der Beginn des Cannabiskonsums vor dem 15. Lebensjahrs stellt einen starken Prädiktor für die Ausbildung einer Cannabiskonsumstörung sowie für andere Substanzkonsumstörungen und psychische Störungen im frühen Erwachsenenalter dar (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 705-706).

Statista (2016) wertete im Januar 2015 die Hauptdiagnosen in ambulanten sowie stationären Suchthilfeeinrichtung in Deutschland im Jahr 2015 aus. Hier belegt die Cannabiskonsumstörung als Hauptdiagnose den dritten Platz mit 13,5% in ambulanten Einrichtungen und 9% in stationären Einrichtungen (vgl. Statista, 11.11.2016). Nicht für jeden Cannabiskonsumanten besteht das gleiche Risiko bezüglich der Entwicklung einer Abhängigkeit. Hier spielen psychosoziale Risikofaktoren²⁴ eine wichtige Rolle und lassen eine Person mehr oder weniger gefährdet für eine Abhängigkeitsentwicklung sein (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 23). Auf diese möglichen Einflussfaktoren werde ich an späterer Stelle genauer eingehen.

1.1.5. Zur Ätiologie des Rauschmittelkonsums

Um verstehen zu können, wieso im Jahr 1967/1968 eine Drogenwelle und keine Alkoholismuswelle über die Jugendlichen Westeuropas kam, muss sich mit der Ursachenforschung beschäftigt werden. Hierbei sind, laut Täschner (2005), jedoch Ursachen und Folgen in Bezug auf Drogen oft schwer zu unterscheiden. Aufgrund dessen lässt sich die Frage nach der Ursache für den Drogenkonsum von Jugendlichen nicht so einfach beantworten. Insbesondere beschreibt Täschner (2005) den Mangel an geeigneten Kontrollgruppen zu den meist bereits Abhängigen oder Konsumierenden als ausschlaggebenden Punkt für die mangelhaften erfahrungswissenschaftlichen Erhebungen. Von zentraler Wichtigkeit bezüglich Ursachenforschung sei, laut Täschner (2005), die Abgrenzung der Ätiologie zu der Motivation der Konsumierenden (vgl. Täschner 2005, S. 33). Das Wort Ätiologie hat seinen Ursprung im lateinischen ‚aetiologia‘ sowie im griechischen ‚aitiología‘ was als Grund, Ursache, Schuld abzuleiten ist (vgl. Duden, 19.10.2016) und beschreibt die „... Lehre von den Ursachen (besonders bei Krankheiten)“ (Duden, 19.10.2016). Die Ätiologie stelle somit die Frage nach der Ursache (einer

²⁴ Risikofaktoren sind Faktoren, die das Risiko für den Substanzkonsum erhöhen (vgl. Jordan/Sack 2009, S. 127).

Erkrankungen), während die Motivation eher versucht die Frage ‚warum jetzt?‘ zu beantworten. Auf mögliche Motivationen für den Cannabiskonsum werde ich an späterer Stelle eingehen. Täschner (2005) ist der Meinung, die Ätiologie sei von essentieller Wichtigkeit, wenn man der Problematik des Drogenkonsums näher kommen will (vgl. Täschner 2005, S. 33-34). Diesbezüglich sei „Eine umfassende Behandlung ... aber nur dann erfolgreich, wenn es möglich ist, die Ursachen der Erkrankung anzugehen.“ (Täschner 2005, S. 34). Aufgrund dessen, werde ich im Folgenden auf die Ätiologie des Drogenkonsums und deren Risiko- und prognostischen Faktoren eingehen.

Laut Täschner (2005) lassen sich nach dem Forschungsstand heutzutage, die Ursachen bezüglich Drogenkonsum in acht Faktoren gruppieren. Diese seien familiäre Faktoren, Persönlichkeitsstörungen, psychoanalytische Modellvorstellungen, phasenspezifische, gesellschaftliche, historische und ideologische Faktoren sowie Gruppenphänomene (vgl. Täschner 2005, S.33-52). Auch im DSM-5 lassen sich unter den Risiko- und prognostischen Faktoren der Cannabiskonsumstörung Folgendes finden: Temperamentsfaktoren, welche sich der Gruppe der Persönlichkeitsstörungen zuordnen lassen, Umweltfaktoren, welche sich den familiären Faktoren zuordnen lassen sowie genetische und physiologische Faktoren (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 707). Böllinger und Stöver (1992) sind der Ansicht, dass keine einheitliche erklärende Theorie bezüglich Rauschmittelabhängigkeit existieren kann. Dies läge insbesondere daran, dass individuelle und soziale Bedingungen von Mensch zu Mensch viel zu verschieden seien. Ebenfalls sind sie der Meinung, dass auch ein Mehrfaktoren-Ansatz lediglich dazu beitragen kann, Rauschmittelabhängigkeit zu verstehen, jedoch nicht dazu, sie zu erklären oder Voraussagen zu treffen (vgl. Böllinger/Stöver 1992, S. 47 in Soellner 2000, S. 58). Auch Feuerlein (1986) bemerkt, dass Abhängigkeit nur dann ganzheitlich gesehen werden kann, wenn man die Zugangswege der unterschiedlichen Fachrichtungen berücksichtige und sich nicht auf einen Erklärungsansatz aus einer Disziplin beschränke (vgl. Feuerlein 1986, S. VI in Soellner 2000, S. 59). Aufgrund der starken Individualität von Charakteren und Lebensgeschichten, welche ich persönlich bei KlientInnen während meines Praxissemesters in der Suchtberatung erleben durfte, scheinen mir die Aussagen von Böllinger und Stöver (1992) sowie von Feuerlein (1986) über die interdisziplinäre Betrachtungsweise von Suchterkrankungen schlüssig. Trotzdem ist es meiner Meinung nach wichtig, einen Überblick über mögliche Einflussfaktoren bezüglich des Rauschmittelkonsums zu erlangen, um diesen besser verstehen zu können. Aufgrund dessen möchte ich im Folgenden auf die einzelnen Faktoren eingehen.

1.1.5.1. Familiäre Faktoren

Beginnen werde ich mit den familiären Faktoren, da

„Einer der am häufigsten beschriebenen und empirisch am besten gesicherten Faktoren, der zur Entstehung des Cannabiskonsums bei Jugendlichen beiträgt, ... ihre familiäre Situation [ist].“ (Täschner 2005, S. 34)

Bezüglich familiärer Faktoren scheint, laut Wanke (1971), festzustehen, dass das Fliehen und Abrutschen in süchtiges Verhalten, insbesondere durch Belastungen im familiären Bereich begünstigt wird (vgl. Wanke 1971 in Täschner 2005, S. 33). So konnte herausgefunden werden, dass Konsumierende häufiger aus unvollständigen als aus unauffälligen Familienstrukturen stammen. Ein weiterer ausschlaggebender Punkt bezüglich der Entwicklung einer Drogenabhängigkeit bei Jugendlichen sei, laut Täschner (2005), der Erziehungsstil. Es wird vermutet, dass extreme Erziehungsmethoden²⁵ die Entwicklung einer Abhängigkeit von Rauschmitteln begünstigen sowie den Lauf einer Drogenkarriere negativ beeinflussen können (vgl. Täschner 2005, S. 33-34). Hierzu beschreibt Franke (1971), dass verwöhnte Jugendliche, denen es an nichts fehlt und deren Wünsche immer erfüllt werden, aufgrund dessen oft keine geregelte Führung durch Erziehung erfahren und somit nicht abgehärtet für das Leben seien. Autoritär erzogene Jugendliche hingegen, seien häufig durch ihre Erziehung in ihrer Entfaltungsfreiheit eingeschränkt und neigen deshalb ausgeprägter dazu, aus der vorgesehenen Ordnung auszubrechen (vgl. Franke 1971 in Täschner 2005, S. 34). Franke (1971) beschreibt zudem Drogenkonsum als „... häufig ein Symptom der Erziehungsdefekte und kein Zustand für sich ...“ (Franke 1971 in Täschner 2005, S. 34). Diese Aussage beleuchtet, laut Täschner (2005), erneut die Vielschichtigkeit und Komplexität des Drogenproblems, welches mit all seinen Aspekten in Kooperation gesehen werden müsse, um verstanden werden zu können. Als ebenfalls problematisch sieht Täschner (2005) das sogenannte emotional sterile Elternhaus. Hier werde den Jugendlichen weitestgehend Geborgenheit und Schutz verwehrt, was zu einem von vorn herein stärker gestörten Verhältnis zu den Eltern führe. Diese scheinen, laut Täschner (2005), aufgrund dessen die Probleme ihrer Kinder schwerer auffangen zu können (vgl. Täschner 2005, S. 34-35). Auch Schwarz et al. (1971) fanden einen Zusammenhang zwischen der Anhäufung von unerfreulichen Ereignissen in der Familie und einem fortgeschrittenen Drogenkonsum, wobei hier Ursache und Wirkung wieder nicht differenziert werden konnten (vgl. Schwarz et al. 1971 in Täschner 2005, S. 35). Ergänzend hierzu konnten Schmitt et al. (1972) in ihrer Studie nachweisen, dass Jugendliche mit gestörten Verhältnissen zu beiden Elternteilen erheblich mehr Drogen nehmen, als Jugendliche mit einer ausgeglichenen und guten Beziehung zu den Eltern (vgl. Schmitt et al. 1972 in Täschner 2005, S. 35). Ebenfalls begünstige elterlicher (vgl. Johnson et al. 1984 in Täschner 2005, S. 36) und geschwisterlicher

²⁵ Unter extremen Erziehungsmethoden benennt Täschner auf der einen Seite die besonders beschützende und gewähren lassende Erziehung und auf der anderen Seite die autoritäre, einschränkende und mit Bestrafungen arbeitende Erziehung (vgl. Täschner 2005, S. 33-34).

(vgl. Kleiber/Kovar 1998 und Soellner 2000 in Täschner 2005, S. 35) Konsum von Cannabis den Cannabiskonsum der Kinder beziehungsweise jüngeren Geschwister. Auch könne, laut Hops et al. (1990), vermehrter Alkohol- sowie Tabakkonsum der Eltern einen Konsum von Cannabis der Kinder ungünstig beeinflussen (vgl. Hops et al. 1990 in Täschner 2005, S. 36). Schmidt et al. (1999) unterscheidet hinsichtlich der Analyse der Bedingungsfaktoren für Drogenkonsum die mikro-, meso- und makrosoziologische Ebene. Auf mikrosoziologischer Ebene erfahre der Mensch positive sowie negative Beeinflussung durch die Familie und den Freundeskreis, wobei auf mesosozialer Ebene Beeinflussungen von Seitens der Schule, des Berufs und der Gemeinde stattfinden. Auf makrosoziologischer Ebene würde der Mensch durch die allgemeine Situation und die vorhandenen gesellschaftlichen Kontrollmechanismen beeinflusst. All diese Ebenen können, laut Schmidt et al. (1999), unterschiedliche Einflüsse auf die Entstehung einer Abhängigkeit beziehungsweise auf die Entscheidung zum oder gegen den Drogenkonsum haben (vgl. Schmidt et al. 1999 in Täschner 2005, S.36-37).

1.1.5.2. Psychopathologische Auffälligkeiten

Ein weiterer beeinflussender Faktor stellen, laut Täschner (2005), Persönlichkeitsstörungen dar. Die Begünstigung oder Verursachung einer Drogenabhängigkeit durch psychopathologische Auffälligkeiten in der Biografie eines Menschen konnte bislang noch nicht unmissverständlich nachgewiesen werden. Hier stellt sich erneut die Frage danach, was Auslöser und was Folge darstellt. Jedoch lassen viele Erkenntnisse aus den 70er Jahren darauf schließen, dass in einem Teil der Fälle die psychopathologischen Auffälligkeiten bereits vor Konsumbeginn vorhanden waren (vgl. Täschner 1980 in Täschner 2005, S. 37). Kielholz et al. (1972) haben ebenfalls nachweisen können, dass sich bezüglich der Familie Drogenabhängiger eine deutliche Mehrheit von stimmungslabilen, sensiblen, verschlossenen und ängstlichen Mitgliedern finden lassen. Auch ein sensibler Grundcharakter sowie ein Hang zur ausgeprägten Selbstwertproblematik sehen die Autoren als potenzielle Erhöhung der Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung einer Drogenabhängigkeit (vgl. Kielholz et al. 1972 in Täschner 2005, S. 37). Täschner (2005) bemerkt, dass Persönlichkeitsstörungen öfters bei Konsumierenden von Drogen gefunden werden als bei Nichtkonsumierenden. Insbesondere eine wichtige Rolle spielen hier Störungen, welche sich unter anderem durch erhöhte Neurotizismuswerte²⁶ oder einen Mangel an psychischer Belastbarkeit kennzeichnen lassen. Von zentraler Relevanz sind hier beispielsweise Aggressivität, Depressivität, Nervosität und Dominanzstreben (vgl. Täschner

²⁶ Der Neurotizismus ist eine „Gesamtverfassung, die durch emotionale Labilität, Schüchternheit und Gehemmtheit charakterisiert ist“ (Duden, 09.10.2016).

2005, S. 37). Auch Wanke, Süllwold und Ziegler (1972) untersuchten die Persönlichkeitsstrukturen jugendlicher Drogenkonsumierender und kamen zu dem Ergebnis, dass diese

„... seelisch gering belastbare, primär aktive, antriebsreiche Persönlichkeiten mit ausgeprägtem Geselligkeitsbedürfnis und großer Kontaktfähigkeit [seien]. Sie trugen jedoch selbstunsichere, stimmungslabile und dabei sensitive Züge.“ (Wanke/Süllwold/Ziegler 1972 in Täschner 2005, S. 37)

Hobi (1972, 1973) fand bei seiner Analyse der Persönlichkeitsstruktur von Drogenabhängigen des Weiteren autistische Züge sowie ein ungenaues, oberflächliches Denken mit vielen Stereotypen²⁷. Tiefenpsychologisch orientierte Testverfahren zeigten die Verhaltensausrichtung Drogenabhängiger am Lustprinzip, eine mangelhafte Befähigung zur Konfliktverarbeitung und alternativ deren Ausagieren sowie Zeichen der Selbstsabotage (vgl. Hobi 1972, 1973 in Täschner 2005, S. 37). Hobi und Ladewig (1971, 1975) bezeichnen aufgrund ihrer Studien spezifische Persönlichkeitsdimensionen jugendlicher Drogenabhängiger als charakteristisch. Sie benennen unter anderem eine Unsicherheit und Unreife im Affekt- und Gefühlsbereich und die daraus resultierende Unfähigkeit zu reifen Kontaktbeziehungen sowie eine hohe emotionale Sensibilität und Labilität mit einhergehender verringerter Eigendisziplin und der Unfähigkeit bereits geringfügige Enttäuschungs- und Versagenserlebnisse ertragen zu können. Des Weiteren nennen die Autoren eine mangelnde Anpassungsfähigkeit, eine psychovegetative²⁸ Labilität und eine dysphorische²⁹ sowie überwiegend angstbesetzte Grundbefindlichkeit (vgl. Hobi/Ladewig 1971, 1975 in Täschner 2005, S. 37-38).

1.1.5.3. Psychoanalytische Erklärungsansätze

Auch im Feld der Psychoanalyse beschreibt Täschner (2005) Erklärungsmodelle zur Suchtentwicklung. Diese psychoanalytischen Modellvorstellungen verweisen, laut Rauchfleisch (1971), primär auf eine Fixierung der Betroffenen in der oralen Entwicklungsphase³⁰ als auslösender Faktor. Der Autor beschreibt, dass laut dieser Annahme

²⁷ Stereotypie ist ein „[krankhaftes] Wiederholen von sprachlichen Äußerungen oder motorischen Abläufen“ (Duden, 09.10.2016).

²⁸ ‚psychovegetativ‘ wird als „die Psyche und das vegetative Nervensystem betreffend; auf einer von seelischen Vorgängen ausgelösten Störung des vegetativen Nervensystems beruhend (besonders von organisch nicht fassbaren Krankheitssymptomen)“ definiert (Duden, 09.10.2016).

²⁹ ‚dysphorisch‘ bedeutet „ängstlich-bedrückt, freudlos, gereizt und leicht reizbar“ (Duden, 09.10.2016).

³⁰ Die orale Entwicklungsphase ist eine der psychosexuellen Entwicklungsphasen eines Kindes nach Freud (1905). Er beschreibt die Entwicklung eines Kindes als phasenspezifischen Reifungsprozess. Deshalb sind die einzelnen Phasen durch die jeweiligen erogenen Körperzonen definiert, über welche die hauptsächliche Triebbefriedigung in diesen Phasen stattfindet. Die orale Phase betrifft das 1. Lebensjahr, in welchem die Triebbefriedigung primär über das Erlebnis der Sättigung gewährleistet wird (vgl. Machleidt/Bauer 2004, S. 85).

in dieser Phase der späteren Suchtkranken die vorhandene Mutter-Kind-Beziehung Abhängigkeitsbedürfnisse unbefriedigt oder übermäßig befriedigt lassen (vgl. Rauchfleisch 1971 in Täschner 2005, S. 40). Rado (1926) verweist bezüglich des Wesens der Sucht auf den sexuellen Orgasmus (vgl. Rado 1926 in Täschner 2005, S. 40). Er beschreibt diesen als „... umfassendes Erleben ... das den Gesamtorganismus aufs Intensivste ergreife“ (Rado 1926 in Täschner 2005, S. 40). Aufgrund dessen vergleicht Rado (1926) den sexuellen Orgasmus mit dem toxischen Rausch, insbesondere bei dem Heroinkonsum, welcher vergleichbare Wollust erzeuge. Der Autor bemerkt die letztliche Unvergleichbarkeit eines Rauscherlebnisses, jedoch ist er der Meinung, dass wenn etwas dem Rauscherlebnis am nächsten kommen würde, es der sexuelle Orgasmus sei (vgl. Rado 1926 in Täschner 2005, S. 40-41). Täschner (2005) weist des Weiteren bezüglich der Verhaltensweisen süchtiger Menschen auf sogenannte ‚Es-Durchbrüche‘ in einem chronischen Konflikt zwischen dem Über-Ich und dem Es des/der Abhängigen (vgl. Täschner 2005, S. 41). Da dies meiner Meinung nach zu tief in die Thematik der Psychologie geht und meine Fragestellung sich primär in dem Feld der Sozialen Arbeit befindet, werde ich Täschners (2005) Anmerkung sowie Erklärungsmodelle auf psychoanalytischer Ebene hier nicht weiter ausführen.

1.1.5.4. Phasenspezifische Faktoren

Es schließen sich, laut Täschner (2005), die phasenspezifischen Faktoren in der speziellen Situation der Jugendphase an (vgl. Täschner 2005, S. 44). Franke (1971) spricht hier von einer späten Reifezeit, die gesellschaftlich bereits immer relevant gewesen sei. Die Zeit in der Jugendliche reifen, sei nach Franke an Enttäuschungen reich, während Erfolge zweifelhaft seien. Daraus resultieren Konflikte mit all jenen, die die Ordnung verkörpern. Gemeint sind hier beispielsweise unter anderem die Eltern oder ErzieherInnen. Franke (1971) beschreibt diese Zeit als unter anderem von Protest geprägt. Die Jugendlichen lehnen sich gegen die bestehenden Regeln des Zusammenlebens auf die ihnen so scheinen, als ob sie nur Einzelnen nutzen und den Meisten zu wenig erlauben (vgl. Franke 1971 in Täschner 2005, S. 44).

„Die Suche nach Lebenszielen und -inhalten scheint heute mit größeren Schwierigkeiten behaftet zu sein als früher. Begriffe wie **Leistungsgesellschaft**, **technisches Zeitalter**, **Globalisierung** oder **Konsumzwang** sind im Sinne von sekundären Rationalisierungen^[31] zu verstehen.“ (Täschner 2005, S. 44)

³¹ „Die *sekundäre Rationalisierung* betrifft vor allem den Ratsuchenden. Wie der Begriff es aussagt, besteht der Abwehrmechanismus darin, dass eine Person den eigenen Irrtum nicht zugibt, sondern leugnet, aber im Nachhinein rationale Begründungen anführt (Hehlmann 1968, 469). (...) Für alles findet der Mensch eine Erklärung und Entschuldigung. Hierdurch erklärt er z.B. die Schuld, einen Fehler, ein Versagen, eine Verletzung u.a., die er dem anderen zugefügt hat,

Laut Lowenfeld (1970) wachsen in einer liberalen Gesellschaft die Chancen der Jugendlichen auf Selbstverwirklichung. Jedoch steigen dadurch auch die Risiken einer fehlgeleiteten und verzögerten Entwicklung, da Sozialisationsprozesse³² ausbleiben können (vgl. Lowenfeld 1970 in Täschner 2005, S. 44). Dies sieht Täschner (2005) als einen möglichen Ausgangspunkt der diverse Fehlentwicklungen bei Jugendlichen zur Folge haben und zum Drogenkonsum führen kann (vgl. Täschner 2005, S. 45- 46).

1.1.5.5. Gesellschaftliche Faktoren

Ein weiterer relevanter Faktor in Bezug auf den Rauschmittelkonsum stellt die Gesellschaft dar. Insbesondere erwähnt Täschner (2005) an dieser Stelle den Verlust an religiösen und sozialen Bindungen, eine Anhäufung unausgefüllter Freizeit und eine mangelhafte persönliche Auslastung als zentrale Punkte für die Entstehung süchtigen Verhaltens. Dieser Aspekt der Suchterklärung sei, laut Täschner (2005), abgesehen von wenigen Ausnahmen bislang noch zu wenig berücksichtigt worden (vgl. Täschner 2005, S. 46). Zutt (1970) sagt, er habe bereits 1958 auf die Fehleinschätzung hingewiesen, zur Heilung der Sucht lediglich die individuelle Psychopathologie³³ zu betrachten. Der Autor verlangt anstelle dessen soziale Komponenten abhängigen Verhaltens mehr in den Mittelpunkt zu rücken (vgl. Zutt 1970 in Täschner 2005, S. 46). Vierth (1967) greift in Bezug auf den gesellschaftlichen Faktor zur Suchterklärung erneut die Konfrontation mit dem bereits erwähnten Problem der Differenzierung von Ursachen und Folgen des Drogenkonsums auf. Er beschreibt an dieser Stelle ebenfalls die Problematik auf dem Gebiet der Persönlichkeitsforschung bei süchtigen Menschen, da die hier gefundenen Diskrepanzen gleichzeitig die Folgen des Drogenkonsums und die auslösenden Faktoren für den Konsum der Droge(n) darstellen könnten (vgl. Vierth 1967 in Täschner 2005, S. 46). Bezüglich des Verlusts religiöser Bindungen, beziehungsweise des Verlusts der Religiosität bei Jugendlichen sowie Erwachsenen in den letzten Jahrzehnten, verweist Täschner auf Oberndörfer (1958). Oberndörfer beschreibt Religion für den Menschen als ideologisch einbettend und emotional beheimatend. Dessen Verlust löse bei dem Menschen eine Skepsis aus, beschwöre eine Sinnkrise, mache ihn emotional heimatlos und resultiere in einer wilden Lebensbetätigung (vgl. Oberndörfer 1958 in Täschner 2005, S. 48). Als diese wilde Lebensbetätigung lässt sich hier der Drogenkonsum vermuten. Auch Hünnekens (1971, 1972) setzt das Verkommen christlicher Rituale in der heutigen Zeit

und erklärt sie auf eine solche Weise rational, dass er sagt, es sei gar nicht anders möglich gewesen, er sei gar nicht schuld, sondern die Umstände oder andere trügen die Verantwortung.“ (Noack 2010, S. 190).

³² Diese stellen, laut Lowenfeld, eine Erfahrungsquelle für die Jugendlichen dar und dienen der Vermittlung von Lerninhalten (vgl. Lowenfeld 1970 in Täschner 2005, S. 44).

³³ Die ‚Psychopathologie‘ wird als die „...Wissenschaft und Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens, besonders von Psychosen und Psychopathien“ ist (Duden, 15.09.2016).

und das Verlangen junger Menschen nach Gepräge, mystischen Erfahrungen und zerebralen Aktivitäten in Bezug. Das bei den Jugendlichen entstandene abweichende Verhalten resultiert aus tiefer Unzufriedenheit bezüglich der andauernden Rationalisierung, Globalisierung und Organisation (vgl. Hünnekens 1971, 1972 in Täschner 2005, S. 48).

Ebenfalls den gesellschaftlichen Faktoren bezüglich der Suchterklärungsmodelle ordnet Täschner (2005) die starke Zunahme der Einnahme von Medikamenten mit zentralnervösen Wirkungen³⁴ nach Ende der Nachkriegszeit ein. Durch diese Medikamente sind Befindlichkeiten, ob körperlich oder psychisch, deutlich lenkbarer als sie es früher waren. Diese ständige Verfügbarkeit von Medikamenten lässt die oftmals nahezu tägliche Drogeneinnahme zum Alltagsverhalten werden (vgl. Täschner 2005, S. 48). Hier wird sich, meines Verständnisses nach, der Grundbedeutung des Wortes ‚Droge‘ zugewandt. Hier liefert der Duden die Definition „pflanzlicher, tierischer oder mineralischer Rohstoff für Heilmittel, Stimulanzien (...) Arzneimittel (...)“ (Duden, 28.09.2016). Zu diesem alltäglichen Drogenkonsum sagt Täschner (2005): „Wo eine annähernd regelmäßige Drogeneinnahme zum Alltagsverhalten gehört, liegt der Schritt zur süchtigen Entgleisung näher als unter streng kontrollierten Verhältnissen“ (Täschner 2005, S. 48). Auch lässt sich, laut Täschner (2005), in der Gesellschaft eine Zunahme von Flucht Tendenzen beobachten, an deren Stelle eigentlich eine Problem- oder Konfliktlösung stehen sollte. Das durch diese Veränderungen auch bei den Jugendlichen neue Verhaltensweisen zum Vorschein kommen, unter anderem durch die Imitation von Vorbildern, liegt an dieser Stelle nahe (vgl. Täschner 2005, S. 48).

Wanke (1971, 1972) benennt vier wesentliche beeinflussende soziale Faktoren. Der Autor erwähnt die spezifische Situation nach dem zweiten Weltkrieg in Westeuropa, die besondere, veränderte Lage der Jugend in unserer Gesellschaft sowie familiäre Faktoren, die sich scheinbar aus gesellschaftlichen und kulturellen Entwicklungen ergeben haben (vgl. Wanke 1971, 1972 in Täschner 2005, S. 46). Nachdem die Eltern der heutigen DrogenpatientInnen eine Zeit voll Missständen überwunden hatten, entwickelte sich nach dem Krieg und der Nachkriegszeit „... eine Zeit erhöhten materiellen Nachholbedarfs ...“ (Täschner 2005, S. 47). Laut Täschner (2005) bedeutet das, ihnen bot sich die Chance in Form von gesteigerter Leistungserbringung materiellen Erfolg zu erzielen. Auch konnten sie schließlich neben den Existenzbedürfnissen auch Spezialbedürfnisse erfüllen, welche an sich durch die Industrie und Marktwirtschaft beeinflusst wurden (vgl. Täschner 2005, S. 47). Franke (1971) bezeichnet den allgemeinen Wohlstand, welcher insbesondere in den westlichen Industrieländern deutlich wurde, als Folge dessen. Die

³⁴ Unter Medikamenten mit zentralnervösen Wirkungen versteht man Pharmazeutika, die sich auf das zentrale Nervensystem auswirken (vgl. Duden, 28.09.2016).

Menschen orientierten sich bezüglich ihrer Lustgewinnung deshalb immer mehr an materiellen Gütern, woraus sich nach Franke (1971) die intensive Orientierung der Jugendlichen heutzutage an materiellen Dingen erklären lasse. Auch gelinge deshalb, laut Franke (1971), keine ausreichende erzieherische Auseinandersetzung zwischen Kindern und ihren Eltern mehr (vgl. Franke 1971 in Täschner 2005, S. 47). Doch gerade diese Auseinandersetzung sei, laut Täschner 2005), essentiell für den Reifungsprozess von Jugendlichen. Insbesondere Fehlentwicklungen lassen sich hier mit derartigen besonderen sozialen Umständen begründen, wenn sie nicht aufgrund individueller Faktoren befriedigend erklärt werden können und epidemisch auftreten (vgl. Täschner 2005, S. 47). Auch sieht Mitscherlich (1969) eine Besonderheit der Nachkriegssituation in der Entwicklung der Gesellschaft hin zur starken Technisierung³⁵. Diese umfasse andauernd neue Bereiche, was von den Menschen, das heißt auch von den Jugendlichen, deutlich mehr Anpassungsvermögen³⁶ fordere, als von den Jugendlichen früherer Zeiten (vgl. Mitscherlich 1969 in Täschner 2005, S. 47). Mitscherlich (1969, 1947) weist des Weiteren daraufhin, dass die stärker geforderte Anpassungsfähigkeit sich darin bemerkbar mache, dass sich der Mensch nicht nur einem nahezu gleichbleibenden Wertesystem anpassen müsse, sondern einer Vielzahl dieser Systeme, welche ihrerseits einer intensiveren kritischen Abwägung bedürfen (vgl. Mitscherlich 1969, 1947 in Täschner 2005, S. 47). Als letzten der vier sozialen Faktoren benennt Wanke (1971, 1972) schichtspezifische Faktoren, welche bei dem Aufkommen der Drogenwelle wahrzunehmen waren, mittlerweile jedoch immer mehr in den Hintergrund gelangen (vgl. Wanke 1971, 1972 in Täschner 2005, S. 46-47). Drogenkonsum sei demnach als klassisches Risikoverhalten schichtspezifisch verbreitet. Viele Untersuchungen zu diesen schichtspezifischen Besonderheiten stammen aus den 70er Jahren und betreffen primär Alkohol und Nikotin. Trotzdem geht man davon aus, dass gewisse Erkenntnisse auch auf Cannabis übertragen werden können (vgl. Täschner 2005, S. 47). Eine dieser Erkenntnisse ist Folgende: „Mit steigender sozialer Schicht sinkt die Wahrscheinlichkeit vor allem riskanter Drogenkonsummuster“ (Täschner 2005, S. 47-48). Hier vermutet man die Begründung liege in mangelhaften Informationsmöglichkeiten der niederen sozialen Schichten bezüglich des Risikos und der Folgen des Drogenkonsums. Eine andere Vermutung stellt ein Desinte-

³⁵ Technisierung bedeutet ein „ständig wachsender Einsatz von technischen Hilfsmitteln, auch in Arbeitsprozessen, die bisher ausschließlich der geistigen oder handwerklichen Tätigkeit des Menschen vorbehalten waren.“ (vgl. Springer Gabler Verlag, 08.10.2016).

³⁶ Hier sieht Mitscherlich (1969) den Begriff Anpassung als „... das Verhältnis einer gelungenen Einordnung im Sinne passiver Übernahme eines Verhaltensstils – etwa durch die Erziehung – im Zusammenspiel mit aktiver Entfaltung der Eigenschaften des einzelnen...“ (Mitscherlich 1969 in Täschner 2005, S. 47).

resse oder eine Passivität gegenüber Angeboten des Hilfesystems oder auch den Drogenkonsum als Symptom eher misslichen Gesundheitsverhaltens innerhalb der sozialen Unterschicht in den Mittelpunkt (vgl. Täschner 2005, S. 47-48).

1.1.5.6. Historische Faktoren

Auch von Bedeutung für die Ursachenforschung der Sucht sind historische Faktoren. Insbesondere die sogenannte „skeptische Generation“³⁷ und deren Verhaltensweisen ordnet Schelsky (1963) diesem Faktor zu. Des Weiteren haben, laut Schelsky (1963), die anonymen Bezugssysteme und die menschlichen Beziehungen, die mittlerweile lediglich auf deren Funktionalität reduziert seien einen starken Einfluss auf die heutigen Jugendlichen. Diese seien heutzutage mit, früher noch unbekannten, Konfliktsituationen konfrontiert, die unter anderem aus der beträchtlichen sozialen Mobilität ihrer Generation im Zusammenspiel mit der Dynamik der sozialen Umwelt resultieren. Diese Beweglichkeit der Gesellschaft führte zu schwer zu kompensierenden Unsicherheiten der Jugendlichen in Bezug auf ihre eigene Rolle (vgl. Schelsky 1963 in Täschner 2005, S. 48-49). Tenbruck (1965) beschreibt diesbezüglich eine fehlende Konventionalität, welche den Jugendlichen als Stabilisation immer weiter abhandenkomme, was deren „Zugang zu den Realitäten“ zu einer starken Belastung werden lasse (vgl. Tenbruck 1965 in Täschner 2005, S. 49). Noelle-Neumann (1982) leitete als eine Ursache der Unruhen der Jugendlichen Ende der 70er, Anfang der 80er Jahre den Verzicht auf Selbstbeherrschung ab. Auch benennt der Autor als begünstigende Faktoren für die Entwicklung eines hemmungslosen und eigennützigen Genussverhaltens das Ausbleiben von Disziplin, die Ablehnung von Konsequenzen persönlichen Fehlverhaltens sowie die Entsagung der sozialen Ordnung (vgl. Noelle-Neumann 1982 in Täschner 2005, S. 49). Diese Grundstimmung von Aussichtslosigkeit, Ohnmacht, Wut und Frustration bei den heutigen Jugendlichen versucht Schwind (1981) damit zu beantworten, dass die Jugendlichen die Freiheit, welche ihnen durch eine liberale Erziehung eingeräumt würde, zu Beginn ihres Berufslebens in der heutigen Leistungsgesellschaft zunehmend nicht wieder wiederfinden (vgl. Schwind 1981 in Täschner 2005, S. 49). Dies löse, laut Baacke (1972), in Verbindung mit der oft empfundenen politischen Ohnmacht ein Gefühl von Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein bei den Jugendlichen aus. Der Autor beschreibt ergänzend hierzu, dass die Jugendlichen annähernd keine Freiräume mehr hätten, da der bürokratische Perfektionismus sie außerordentlich einschränke (vgl. Baacke 1972 in Täschner 2005, S. 49). Täschner (2005) beschreibt diese Generation als von einer nachgiebigen Gesellschaft

³⁷ Die skeptische Generation beschreibt Schelsky (1963) dadurch bestimmt, dass eine „*eigenständige und daher positiv bestimmbare soziale Rolle [...] in der Gesellschaft nicht mehr vorhanden ist*“ (Schelsky 1963 in Täschner 2005, S. 48).

verlassen, während sich ihre Eltern ihnen tendenziell eher anpassen anstatt ihnen als Vorbild zur Orientierung zu dienen. Zudem charakterisiert der Autor die heutige Gesellschaft durch einen Mangel der organisierenden Kraft und eine kraftlose Vaterfigur, die zwar mit einer stark verbreiteten Unzufriedenheit gekennzeichnet aber als normal empfunden würde.³⁸ Hieraus leitet Täschner (2005) zwei Grundhaltungen ab. Auf der einen Seite die kämpferische, progressive Motivation mit ihrer Signifikanz in Aufständen gegen die existierenden Ordnungen sowie deren Folgen und sich daraus entwickelnden Ideologien. Auf der anderen Seite beschreibt der Autor die Einstellung der Menschen, dass die Welt und ihre Ordnungen unveränderbar seien und dass der einzige Weg dies zu kompensieren die Flucht aus dieser Welt mittels veränderten Erlebens beziehungsweise Veränderung des Bewusstseins sei. Zur Erreichung dessen liege es nahe Drogen zu konsumieren. Die Menschen betiteln, laut Täschner (2005), an dieser Stelle dann oft das toxisch veränderte Bewusstsein als Bewusstseinsweiterung, die verringerte Reizschwelle als ein breiteres Möglichkeitsspektrum zur Schöpfung neuer Erkenntnisse und den stetig aus Drogenkonsum resultierenden (sozialen) Rückzug als gewollt (vgl. Täschner 2005, S. 49-50).

1.1.5.7. Ideologische Faktoren und Gruppenphänomene

Auch ideologische Faktoren und Gruppenphänomene finden, laut Täschner (2005), einen wichtigen Platz in der Ursachenforschung von Suchtverhalten. Menschen bahnen sich ihren Weg von der Familie in die Gesellschaft durch abgesonderte Gruppierungen, gekennzeichnet durch einen determinierten Gruppendruck und hauptsächlich gleichbleibende Gruppenmechanismen. Hier entwickeln sich üblicherweise ideologische Orientierungen (vgl. Täschner 2005, S. 51). Kennzeichnend für Ideologiebildungen ist, laut Marx und Engels (1958), der Mangel an Verständnis für den Zusammenhang zwischen der eigenen ideologischen Orientierung und der dazugehörigen ökonomischen Realität (vgl. Marx/Engels 1958 in Täschner 2005, S. 51). Auch der herrschende Gruppendruck ist, laut Täschner (2005), ein wesentliches Gruppenphänomen das die Rückfälligkeit von abstinenter Drogenkonsumierenden begünstigt. Da der Gruppendruck keine mit den ideologischen Vorstellungen der Gruppe unstimmmigen Verhaltensweisen duldet, resultiert dies oft im Rückfall der Ex-Konsumierenden (vgl. Täschner 2005, S. 51). Daraus lässt sich meines Verständnisses nach ableiten, dass der/die Ex-Konsumierende vor der Wahl steht sich dem Gruppendruck und deren ideologischen Orientierung, beispielsweise dem Konsum von Drogen, zu beugen, um weiter Teil der Gruppe zu sein oder die

³⁸ Bei dieser Charakterisierung der heutigen Gesellschaft und der heutigen Jugendlichen verweist Täschner auf Tenbruck und Lowenfeld (vgl. Täschner 2005, S. 49-50), wobei nicht klar wird ob diese Charakterisierung deren Meinung darstellt oder ob sich seine eigene Meinung durch deren Aussage manifestiert.

Ausgrenzung aus der Gruppe zu riskiert, indem er/sie sich nicht konform der gruppenideologischen Orientierung verhält. Dies erschwert Ex-Konsumierenden bei gleichbleibendem konsumierendem Freundeskreis die Bewahrung der Abstinenz.

Es lässt sich meiner Meinung nach an dieser Stelle zusammenfassend sagen, dass sehr viele, in unterschiedlichen Disziplinen verankerte und in ihrer Unterschiedlichkeit doch teilweise in einander übergehende Erklärungsansätze für die Entstehung von Suchtverhalten existieren. Daraus ergibt sich für mich, dass unterschiedliche Faktoren ausschlaggebend für das Verständnis in Bezug auf die Suchtentstehung sind. Hierzu gehören insbesondere ein weiter, interdisziplinärer und individuell auf den/die KlientIn angepasster Blick, der den bisherigen Lebensverlauf der/des KlientIn, seine/ihre persönlichen Erfahrungen und charakterliche sowie psychische Gegebenheiten miteinbezieht.

1.1.6. Zur Konsummotivation

Nachdem nun erläutert wurde welche möglichen Faktoren die Drogenkarriere eines Menschen beeinflussen können, möchte ich mich nun kurz den motivationalen Gründen für den Drogenkonsum widmen. Es ist meiner Meinung nach wichtig für die Soziale Arbeit im Bereich der Suchthilfe, die motivationalen Gründe der KlientInnen verstehen zu können. Diese können, meiner Erfahrung im Praxissemester nach, unter anderem einen Zugang zu den tieferliegenden Problemen der KlientInnen ermöglichen, welche durch den Suchtmittelkonsum mehr oder weniger erfolgreich gedeckelt werden. Im Folgenden möchte ich einen kurzen Überblick über mögliche Konsummotivationen geben.

Täschner (2005) berichtet über unterschiedliche Ergebnisse aus der Motivationsforschung, welcher sich hier bei seiner Einteilung an einem Vorschlag von Hobis orientiert. Beginnend beschreibt Täschner (2005) die Konsummotivation der Selbstbehandlung psychischer Störungen. Diesbezüglich berichtet der Autor von einigen Untersuchungen, die zeigen, dass spezielle reaktive psychische Fehlhaltungen für manche Menschen einen motivationalen Grund zum Einsatz von Rauschmitteln darstellen können (vgl. Täschner 2005, S. 53). Beispielsweise

„...kann eine auf Versagen ausgerichtete Fehlentwicklung^[39] das Bedürfnis verstärken, einen Ausgleich für eigene Misserfolgserlebnisse zu schaffen. Ein solcher Ausgleich kann etwa in Gestalt eines Drogenkonsums erfolgen...“ (Täschner 2005, S. 53)

Auch kann Angst ein motivationaler Grund für den Rauschmittelkonsum sein. Insbesondere unter jungen Menschen heutzutage sei diese, laut Täschner (2005), weit verbreitet

³⁹ „**Fehlentwicklung**, zu gestörter Erlebnis- und Konfliktverarbeitung führender Prozeß, der zu Ängsten, Neurosen, körperlichen Beschwerden mit oder ohne organische Grundlage führen kann...“ (vgl. Spektrum Akademischer Verlag, 17.10.2016).

und gegenwärtig. Die Jugendlichen versuchen demnach durch den Konsum von Rauschmitteln für einen kurzen Moment einen Ausgleich für ihre eigene, durch Angst ausgelöste, Bedrängnissituation herzustellen. Als einen weiteren Motivationsgrund für den Konsum von Rauschmitteln benennt Täschner (2005) Persönlichkeitsstörungen. Beispielweise können hier Erfahrungen von starker Gehemmtheit oder Kontakt- und Willensschwäche bei manchen Menschen den Wunsch auslösen, diese Mängel durch Drogen oder andere Rauschmittel zu bezwingen. Auch beschreibt der Autor den Versuch mancher stimmungslabilen Menschen sich durch Rauschmittel zu beruhigen oder Reize abzuschirmen. Insbesondere berichtet Täschner (2005) über die Einnahme von Rauschmitteln zur Selbstmedikation von endogenen⁴⁰ psychischen Erkrankungen. Hier handle es sich um die Symptombehandlung von beispielsweise Halluzinationen, Antriebshemmungen, Wahnsymptomen, Ich-Erlebnisstörungen oder Konzentrations- und Denkstörungen. Ein überhöhtes Geltungsbedürfnis wird, laut Täschner (2005), als ein weiterer Aspekt für den Rauschmittelgebrauch bezeichnet. Hier nutzen, laut Täschner (2005), manche Menschen Rauschmittel als Statussymbol (vgl. Täschner 2005, S. 54). Dies assoziiere ich mit dem, unter Jugendlichen oft verbreiteten, sogenannten Phänomen des ‚Cool-sein‘. So nutzen viele Jugendliche um ‚cool‘ zu sein den Drogenkonsum. Sie gelten aufgrund dessen dann oft unter Gleichaltrigen als ‚Draufgänger‘ oder ‚mutig‘, weil sie sich trauen Drogen, trotz ihrer Illegalität, zu konsumieren und erleben dadurch, meiner Interpretation nach, oft eine soziale Aufwertung. Generell beschreibt Täschner (2005) den Wunsch vieler Menschen, das eigene abweichende Verhalten an das der ihn/sie umgebenden Menschen anzugleichen und sich somit dementsprechend eigenhändig zu kurieren. Menschen, die mit dem Ziel der Selbstbehandlung anfangen Drogen zu konsumieren, geraten, laut Täschner (2005), durch diesen Wunsch in manchen Fällen in die Abhängigkeit (vgl. Täschner 2005, S. 55). Als weiteren motivationalen Grund für den Rauschmittelkonsum benennt Täschner (2005) eine emanzipatorische Motivation. Er beschreibt hier ein Bedürfnis der Jugendlichen nach Ekstase sowie ein Verlangen nach entscheidenden Lebensinhalten und Lebenszielen. In Bezug auf die emanzipatorische Motivation des Drogenkonsums spiele jedoch auch eine intellektuelle Probierfreude sowie Lust an Experimenten eine Rolle (vgl. Täschner 2005, S. 55). Auch können Bestrebungen zur Angleichung an die (Peer-)Group⁴¹ die Konsummotivation von Drogen begünstigen. Täschner (2005) beschreibt bei Jugendlichen mit Isolationserfahrungen ein wachsendes Bestreben nach einem schützenden Gruppengefühl sowie einem Gefühl der Zugehörigkeit zu einer Gruppierung Vertrauter im selben Alter. Oftmals eröffnet der Drogenkonsum den Jugendlichen die Inklusion in so eine Gruppe, wobei, laut Täschner

⁴⁰ „...im Körper selbst, im Körperinneren entstehend, von innen kommend“ (vgl. Duden, 15.10.2016).

⁴¹ Die Peergroup wird als „Gruppe von etwa gleichaltrigen Kindern oder Jugendlichen, die als primäre soziale Bezugsgruppe neben das Elternhaus tritt“ definiert (Duden, 19.10.2016).

(2005), dieses isolierte Missbrauchsverhalten in einigen Fällen in einer Abhängigkeit mündet. Auf der einen Seite sieht der Autor die Problematik in dem Bedürfnis der Gruppenzugehörigkeit der Jugendlichen, welches, wie bereits erläutert, oft im Zusammenhang mit dem Drogenkonsum steht. Auf der anderen Seite übt die Gruppe, beziehungsweise deren Ideologie, einen gewissen Gruppendruck auf die einzelnen Gruppenmitglieder aus. Dies kann bei labilen Menschen dazu führen, dass sie sich dem Gruppendruck nicht mehr entziehen können und den Forderungen der Gruppe nachgeben (vgl. Täschner 2005, S. 55-56).

Ein weiterer motivationaler Faktor von Drogenkonsum kann Unterbeanspruchung beziehungsweise Überforderung bei Jugendlichen darstellen. Täschner (2005) beschreibt als ausschlaggebend für dieses Phänomen eine größere Diskrepanz zwischen den von den Jugendlichen subjektiv wahrgenommenen Kompetenzen und den Ansprüchen an die Jugendlichen von außen. Der Wunsch dieser Diskrepanz zu entgehen könne somit leicht dazu führen, dass Rauschmittel konsumiert werden. Zum Thema der Lustgewinnung sei das Nachahmungsverhalten Jugendlicher von zentraler Bedeutung. Hier sei das Ziel freudige Zustände, von denen andere berichten, herbeizuführen (vgl. Täschner 2005, S. 56). Als freudigen Zustand in diesem Kontext lassen sich meines Erachtens positive Erlebnisse im Rauschzustand beziehungsweise unter Drogeneinfluss verstehen. Auch sei, laut Täschner (2005), die Neugier ein wichtiger Aspekt der Konsummotivation bei Jugendlichen (vgl. Täschner 2005, S. 56). Der Autor beschreibt hierzu Neugier als „...eine allgemein der Jugendphase zuzurechnende Grundhaltung“ (Täschner 2005, S. 56). Auch ideologische Motivationen benennt Täschner (2005) als wesentlich. Hier werde der Drogenkonsum genutzt, um einen höheren Anpassungsgrad an bestehende Gegebenheiten zu erzielen beziehungsweise eine Anpassung generell möglich zu machen. Insbesondere für Jugendliche kann der Drogenkonsum auch ein Ablehnungsakt der hiesigen Gesellschaft darstellen, indem sie sich durch den Substanzkonsum einer alternativen Gegenkultur anschließen. Oft erleben Jugendliche, laut Täschner (2005), traditionelle Normen und Leitbilder als einengend oder gar hinderlich. Der Konsum von Drogen kann hier ebenfalls als Flucht von diesen gesellschaftlichen Idealbildern verstanden werden (vgl. Täschner 2005, S. 56-57). Ein weiterer zentraler Aspekt, wenn man über Konsummotivation von Rauschmitteln spricht, sind Wünsche nach dem Vergessen oder die Flucht aus der Wirklichkeit. Insbesondere in unserer heutigen von Technik und Höchstleistung dominierten Gesellschaft, beschreibt Täschner (2005), daraus resultierende Probleme und Konflikte, die von vielen Menschen kaum vollständig alleine zu bewältigen sind. Daraus erfolge bei den Menschen das Bedürfnis der Spannungslösung beziehungsweise der wenigstens kurzfristigen Betäubung ihrer Probleme. Zur Erreichung die-

ses Ziels liegt der Gebrauch von Rauschmitteln nahe. Auch individuelle Problemsituationen der Jugendlichen können einen motivationalen Grund für den Drogenkonsum darstellen (vgl. Täschner 2005, S. 57-58).

Auch an dieser Stelle lässt sich sagen, dass die Gründe von Menschen Rauschmittel zu konsumieren sehr unterschiedlich sein können, so dass sich keine einheitliche Konsummotivation, die auf jede(n) zutrifft, definieren lässt.

1.1.7. Mögliche Folgen des Cannabiskonsums

Meines Erachtens nach, wurden nun weitgehend alle wichtigen Grundinformationen zu Cannabis, Cannabiskonsum und Cannabisabhängigkeit dargestellt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung äußerte 2013, dass die mit dem Cannabiskonsum verbundenen Risiken leider oft unterschätzt werden (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 21.10.2016). Aufgrund dessen möchte ich abschließend nun noch auf die möglichen Folgen des Cannabiskonsums eingehen.

1.1.7.1. Mögliche psychosoziale Folgen

Die DHS (2014) beschreibt allgemeine Rückzugstendenzen bei dauerhaftem Cannabiskonsum sowie häufig die Entwicklung einer allgemeinen Gleichgültigkeit gegenüber den Aufgaben des Alltags. Es zeige sich zudem ein Zusammenhang zwischen erhöhtem Konsum von Cannabis in dem Alter von 14 bis 21 Jahren und einer schlechteren Ausbildungsabschlussquote, höherer Arbeitslosigkeit, höherer Lebensunzufriedenheit, einem schlechteren Einkommen, einer stärkeren Abhängigkeit von sozialen Leistungen und niedrigeren partnerschaftlichen Zufriedenheit im Alter von 25 Jahren. Die Ursachen hierfür sind noch unklar, jedoch vermutet man diese in neuropsychologischen Veränderungen durch den Konsum von Cannabis oder auch in den unkonventionellen Lebensstilen der Cannabisszene (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 19). Zudem gibt es Hinweise, dass der Konsum von Cannabis bei Kindern und Jugendlichen zu einer geminderten psychosozialen Anpassungsfähigkeit führen kann (vgl. Fergusson/Horwood 1997 in Grotenhermen/Reckendrees 2006, S.22). Aus dem gesellschaftlichen Umgang mit Cannabis entstehen weitere psychosoziale Folgen. Beispielsweise können Jugendlichen durch die Kriminalisierung dessen Schulverweise oder der Ausschluss aus Jugendfreizeitaktivitäten drohen (vgl. Kolte/Schmidt-Semisch/Stöver 2006, S. 9). Auch mit möglichen strafrechtlichen Konsequenzen müssen Jugendliche und junge Erwachsene rechnen (vgl. Betäubungsmittelgesetz).

1.1.7.2. Mögliche körperliche Folgen

Obwohl THC und andere Cannabinoide eine bronchienerweiternde Wirkung besitzen, welche zur therapeutischen Behandlung von Husten und Asthma genutzt werden kann, birgt die heutzutage gängigste Einnahmeform von Cannabis, das Rauchen, mögliche gesundheitliche Risiken. Durch die Verbrennung des Pflanzenmaterials Cannabis, oft in Verbindung mit Tabak, entstehen Verbrennungsprodukte, welche beim Einatmen zur Schädigung und Reizung der Atemwege führen können. Auch typisch für die Inhalation von Cannabis (mit Tabak) ist die Benutzung einer Wasserpfeife. Diese kühlt den Rauch zwar ab, jedoch kann der Rauch die Atemwege hier, genauso wie bei dem Rauchen einer Cannabiszigarette, beschädigen. Zwar sind die genaueren Auswirkungen von Cannabisrauch bis heute nicht bekannt, jedoch gibt es Hinweise, dass das Inhalieren von Cannabis zu der Entwicklung eines chronischen Hustens beitragen und die Wahrscheinlichkeit für Infekte in den Atemwegen erhöhen kann. Es liegen bislang noch keine eindeutigen Studien zu den Auswirkungen des Cannabisrauchens vor, daher sollte davon ausgegangen werden, dass die Schäden die durch Cannabisrauch verursacht werden können, ähnlich denen des Tabakkonsums sind (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 25-26).

Weitere körperliche Folgen kann das Erleiden einer Tachykardie⁴² darstellen. Zudem ist bekannt, dass durch THC eine Verminderung des Blutdrucks, eine Erweiterung der Blutgefäße und in manchen Fällen auch eine Blutdruckerhöhung hervorgerufen werden kann. Dies kann sich durch ein Schwindelgefühl bemerkbar machen. Gesunde Cannabiskonsumenten merken nur sehr wenig bis nichts von dieser Auswirkung auf den Kreislauf. Die durch den Cannabiskonsum erhöhte Herzfrequenz und die Veränderung des Blutdrucks können jedoch für herzkrankte Personen gefährlich werden. Ein chronischer Konsum von Cannabisprodukten kann zudem zu einer Bradykardie⁴³ führen (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 26-27).

Fried et al. konnten 1984 zeigen, dass starker und regelmäßiger Cannabiskonsum von schwangeren Frauen die Schwangerschaftsdauer um etwa eine Woche verkürzen kann (vgl. Fried et al. 1984 in Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 29). Auch konnte bei einigen Untersuchungen ein geringeres Geburtsgewicht der Kinder der konsumierenden Frauen festgestellt werden. Mittlerweile können geringfügige Entwicklungsstörungen des Gehirns mit Beeinträchtigung von Denkfunktionen im dritten Lebensjahr des Kindes vermehrt mit einem Cannabiskonsum während der Schwangerschaft in Zusammenhang

⁴² Eine Tachykardie ist eine Beschleunigung der Herzfrequenz, welche durch den Konsum von THC ausgelöst werden kann (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 26).

⁴³ Eine Bradykardie ist eine Verringerung der Herzfrequenz (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 27).

bringen. Betroffen scheinen hier primär die Aufmerksamkeit und die visuelle Wahrnehmung (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S.29).

Auch kann Cannabis Auswirkungen auf das Immunsystem haben. Medizinisches Marihuana kann zwar bei chronischen Entzündungen, wie beispielsweise Arthritis oder multipler Sklerose, sowie bei einem überaktiven Immunsystem positive Auswirkungen haben. Jedoch können bei einer immungeschwächten Person, wie beispielsweise einem/einer HIV-Infizierten oder bei Personen, die Chemotherapie erhalten, negative Auswirkungen auf den Verlauf der Erkrankung auftreten. Ebenfalls kann die Resistenz gegen Infektionen, Viren und andere Krankheitserreger durch den Konsum von Cannabis verringert werden (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 30).

1.1.7.3. Mögliche psychische Folgen

Die akuten Auswirkungen von Cannabisprodukten und deren Wirkstoffs THC auf die menschliche Psyche und die geistige Leistungsfähigkeit sind sehr gut nachweisbar. Es gibt mehrere Hinweise auf Motivationsverlust und Rückzugsverhalten in Verbindung mit regelmäßigem und langfristigem Cannabiskonsum (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S.20-22). Auch die DHS (2014) bestätigt eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit bei dauerhaftem Cannabiskonsum und benennt insbesondere Aufmerksamkeit, Konzentration und Lernfähigkeit als durch den Cannabiskonsum beeinflusst (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 19). Fergusson und Horwood (1997) haben herausgefunden, dass der Konsum von Cannabisprodukten in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen zu der Beeinträchtigung des Kurzzeitgedächtnisses und der Konzentrationsfähigkeit führen kann. Auch sprechen diese von Beobachtungen über die Beeinträchtigung der Erreichung von Ausbildungszielen bei heranwachsenden Cannabiskonsumierenden (vgl. Fergusson/Horwood 1997 in Grotenhermen/Reckendrees 2006, S.20-22). Einige Studien weisen darauf hin, dass die Wahrscheinlichkeit zur Entwicklung einer psychischer Störungen durch chronischen Konsum von Cannabis erhöht wird. Auch haben selbige Studien ergeben, dass sich durch Cannabiskonsum verschiedene Symptome von psychischen Störungen verschlechtern (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 20-22). Auch Solowij (1998) bestätigt den Zusammenhang zwischen der Zunahme diverser psychischer Symptomen, unter anderem Depression oder Angst, und starkem Konsum von Cannabisprodukten (vgl. Solowij 1998 in Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 21). Das DSM-5 bestätigt diese Aussage ebenfalls, da hier von einem möglichen Ausbruch oder Verschlimmerung unterschiedlicher psychischer Störungen durch andauernden Cannabiskonsum berichtet wird. Auch wird hier beschrieben, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass das Risiko an einer substanz-

/medikamenteninduzierten psychischen Störung⁴⁴ zu erkranken mit zunehmender Konsumhäufigkeit und Konsummenge der relevanten Substanz steigt (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 673; S. 708). Meier et al. (2012) berichten von der Gefahr, dass Cannabiskonsum insbesondere bei Jugendlichen dazu führen kann, dass diese unfähig werden eine feste Persönlichkeit zu entwickeln (vgl. Meier et al. 2012 in Zeit online, 21.10.2016).

Auch kann der Cannabiskonsum bei manchen Menschen unter gewissen Bedingungen zu psychotischen Symptomen führen (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 23). Auch das DSM-5 bestätigt diese Aussage: „Es wurden vor allem Bedenken geäußert, dass Cannabiskonsum einen kausalen Faktor für Schizophrenie und andere psychotische Störungen darstellt“ (Falkai/Wittchen 2015, S. 708).

Im Folgenden werde ich die Begrifflichkeiten rund um ‚Psychose‘ erläutern, um anschließend genauer auf den Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Psychose beziehungsweise psychotischen Symptomen einzugehen.

1.2. Die Psychose

Diverse psychotische Störungen⁴⁵ fallen neben der Schizophrenie und der schizotypen Persönlichkeitsstörung nach DSM-5 unter die Rubrik ‚Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen‘ (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 117) und in der ICD-10 unter ‚Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen‘ (vgl. Dilling/Freyberger 2014, S. 91). Obgleich sich diese Störungsbilder durch beispielsweise die Zeitspanne in der sie auftreten und andere Faktoren unterscheiden, sind sie durch mindestens eins oder sogar mehrere von der Norm abweichende Hauptmerkmale charakterisiert. Die fünf Merkmale die für die Diagnostik ausschlaggebend sind, stellen Halluzinationen, Wahn, desorganisiertes Denken/Sprache, grob desorganisiertes Verhalten/gestörte Motorik sowie Negativsymptome dar. Das Wort ‚Psychose‘ stellt in meiner Thesis somit nicht eine spezifische Krankheitsdiagnose, wie beispielsweise ausschließlich Schizophrenie oder ausschließlich die wahnhafte Störung, dar, sondern soll stellvertretend für Störungen, die

⁴⁴ Eine durch den Konsum einer psychotropen Substanz ausgelöste psychische Störung (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 673). An späterer Stelle wird hierauf genauer eingegangen.

⁴⁵ Zu psychotischen Störungen zählen, laut DSM-5, die wahnhafte Störung, die kurze psychotische Störung, die schizophreniforme Störung, die Schizophrenie, die schizoaffektive Störung, die substanz-/medikamenteninduzierte psychotische Störung, die psychotische Störung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors, die Katatonie in Verbindung mit einer anderen psychischen Störung sowie aufgrund eines anderen medizinischen Krankheitsfaktors, nicht näher bezeichnete Katatonie und nicht näher bezeichnete Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum und andere psychotische Störungen (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 122-165). Die ICD-10 differenziert unter psychotischen Störungen diverse Typen der Schizophrenie, die schizotype Störung, die anhaltende wahnhafte Störung, die akute vorübergehende psychotische Störungen, die induzierte wahnhafte Störung, schizoaffektive Störungen, sonstige nichtorganische psychotische Störungen und nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen (vgl. Dilling/Freyberger 2014, S. 91-118).

unter die psychotischen Störungen fallen, stehen. Da sich meine Fragestellung unter anderem damit auseinandersetzt, welche Besonderheiten durch psychotisches Verhalten im Beratungskontext der Suchtberatung entstehen können, habe ich mich dafür entschieden hier die Merkmale psychotischen Verhaltens in den Vordergrund zu stellen und mich nicht auf eine spezifische Diagnose innerhalb der Rubrik psychotischer Störungen einzuschränken (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 117).

Im Folgenden möchte ich kurz die fünf Merkmale der psychotischen Störung darlegen. Der Wahn wird durch eine feste Überzeugung des/der Betroffenen definiert, die nicht verändert werden kann. Hierbei macht es keinen Unterschied, ob diese Überzeugung durch Beweise widerlegt werden kann. Es lassen sich diverse Wahnüberzeugungen unterscheiden. Während bei dem Verfolgungswahn der/die Betroffene meint⁴⁶, durch eine Person oder Gruppe gequält oder bedroht zu werden, glaubt sie bei dem Beziehungswahn, dass spezifische Gesten, Hinweise oder Kommentare speziell für sie bestimmt seien. Menschen die unter Größenwahn leiden sind fälschlicherweise davon überzeugt, dass sie ein besonderes Talent, Wohlstand oder sogar Berühmtheit hätten. Bei dem Liebeswahn denken die Betroffenen sie würden von einer bestimmten Person geliebt werden. Der nihilistische Wahn beinhaltet, dass die Person davon überzeugt ist, dass sie selbst und die anderen Menschen, teilweise sogar die Welt, nicht existieren. Menschen die unter einem körperbezogenen Wahn leiden, haben eine wahnhafte Sorge bezüglich ihrer Gesundheit oder Organfunktionen. In manchen Fällen ist die Unterscheidung zwischen einem Wahn oder einer fixen Idee schwierig. Hier werden dann Intensität der Überzeugung trotz klarer gegenteiliger Evidenz vom diagnostizierenden Arzt oder Psychotherapeut eingeschätzt (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 117-118).

Wahrnehmungsähnliche Erfahrungen, welche ohne entsprechende Reize von außen auftreten, nennt man Halluzinationen. Diese Halluzinationen treten bei den Betroffenen gleich intensiv, eindeutig und klar auf wie die normale Wahrnehmung und können nicht kontrolliert werden. Akustische Halluzinationen sind die am häufigsten auftretende Form von Halluzinationen, welche meist als vertraute oder auch fremde Stimmen, getrennt von den eigenen Gedanken wahrgenommen werden. Im Allgemeinen können Halluzinationen in jeder Sinnesmodalität vorkommen und müssen, um als solche titulierte zu werden, bei klarem Bewusstsein auftreten (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 118).

Formale Denkstörungen, auch desorganisiertes Denken genannt, machen sich in der Regel in sprachlichen Äußerungen bemerkbar. Sie können in Form von Entgleisungen oder Assoziationslockerungen vorkommen. Dies bedeutet, dass die/der Betroffene von

⁴⁶ Die hier benutzten Verben wie ‚meint‘ oder ‚glaubt‘, sind nicht wertend zu verstehen. Für Menschen die unter einem Wahn leiden, sind ihre Überzeugungen (so surreal sie auch Dritten erscheinen mögen) genauso real wie für einen gesunden Menschen die Realität.

dem einen Thema oder Gedanken zu dem nächsten springt. Wird dem/der Betroffenen eine Frage gestellt, so kann diese(r) oft nur indirekt oder gar nicht auf die Frage antworten. Dieser Mechanismus wird als ‚Danebenreden‘ betitelt. Auch sogenannter ‚Wortsalat‘ ist ein typisches Symptom schwerwiegenden desorganisierten Denkens. Das bedeutet, dass die Betroffenen besonders unverständlich werden (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 118). Formale Denkstörungen werden dann als relevantes Symptom zur Diagnose einer psychotischen Störung berücksichtigt, wenn sie schwer genug sind „...um eine adäquate Kommunikation wesentlich zu beeinträchtigen“ (Falkai/Wittchen 2015, S. 118).

Unter grob desorganisiertem Verhalten versteht man unterschiedliche Verhaltensweisen, die von kindlicher Albernheit bis hinzu unvorhersehbarer Unruhe reichen. Die Betroffenen haben Probleme bei der Umsetzung zielgerichteten Verhaltens und dadurch oft Schwierigkeiten bei der Alltagsumsetzung. Auch katatonische Verhaltensweisen können auftreten. Diese sind durch verschiedene Symptome charakterisiert. Bei katatonem Negativismus tritt bei dem/der Betroffenen ein aktiver Widerstand gegenüber Bewegungsaufforderungen auf. Ein Ausharren in bizarren, teilweise unangebrachten Stellungen wird als katatoner Stupor bezeichnet. Eine weitere charakteristisch katatonische Verhaltensweise ist das gänzliche Ausbleiben von motorischen und verbalen Antworten, was Mutismus genannt wird. Auch kann sinnlose, nicht von externen Reizen ausgelöste, exzessive motorische Aktivität vorkommen. Dies wird als katatonische Erregung bezeichnet. Des Weiteren kommen bei manchen Betroffenen wiederholte stereotype Bewegungsabläufe, Starren, Grimassieren oder Echolalie⁴⁷ vor (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 118-119).

Negativsymptome stellen ein weiteres typisches Merkmal für eine psychotische Störung dar. Am häufigsten treten diese bei Schizophrenie auf, weniger bei anderen psychotischen Erkrankungen. Negativsymptome können sich durch einen verminderten emotionalen Ausdruck, Avolition, Alogie, Anhedonie und sozialen Rückzug manifestieren. Unter dem verminderten emotionalen Ausdruck versteht man eine Verringerung der mimischen Emotionsausdrücke, reduzierter Augenkontakt, Prosodie⁴⁸ in der Sprache sowie eine generelle Verminderung der Körpersprache. Avolition oder auch reduzierte Willenskraft genannt, ist durch einen Mangel selbstinitiiert, zielgerichteter Aktivität gekennzeichnet. So können von Avolition Betroffene beispielsweise stundenlang aktionslos,

⁴⁷ „Unter Echolalie versteht man eine komplexe, vokale Ticstörung, die sich auf das Nachsprechen von Sätzen und Wörtern des Gegenübers bezieht.“ (Berufsverband Deutscher Neurologen e.V. (BDN), 31.10.2016)

⁴⁸ „**Prosodie**... *tonale Modulation, Sprachmelodie*, ... Variation in Betonung (Akzentuierung), Tonhöhenverlauf (Intonation, "Tonfall"), emotionaler "Färbung" und Rhythmus (Sprechpausen und Sprachmelodie) des Sprechens, abhängig von der Stimmung des Sprechers und dem Kontext. Sie ist eine wichtige Komponente der verbalen Kommunikation und kann die buchstäbliche Bedeutung von Sätzen und Wörtern modifizieren (z.B. bei Ironie).“ (Spektrum Akademischer Verlag, 02.11.2016)

ohne jegliche Teilnahme oder jegliches Interesse an einer Arbeit oder an sozialen Aktionen, dasitzen. Alogie⁴⁹ ist die Reduktion sprachlicher Ausdrücke. Anhedonie beschreibt eine verminderte Fähigkeit, aufgrund von positiven Impulsen, Freude zu empfinden oder auch eine verringerte Erinnerung an vergangene Situationen, welche mit Freude verbunden waren. Unter sozialem Rückzug versteht man ein mangelndes Interesse an sozialen Beziehungen (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 119).

Psychotische Störungen können als primäre Störung auftreten oder auch durch andere psychische Störungen hervorgerufen werden. Hierzu zählen insbesondere diverse Substanzkonsumstörungen (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S.120). Wird eine psychotische Störung durch den Substanz- oder Medikamentenkonsum ausgelöst, bezeichnet man diese als substanz-/medikamenteninduzierte psychotische Störung. Genauer gesagt, entwickelt sich die substanz-/medikamenteninduzierte psychotische Störung durch die Substanzintoxikation⁵⁰ oder den Substanzentzug⁵¹. Hier entsteht die psychotische Störung während oder kurz nach der Substanzintoxikation beziehungsweise des Substanzentzugs und kann Wochen andauern. Unter anderem Alkohol, Cannabis und Halluzinogene⁵² sind dafür bekannt, während der Intoxikation psychotische Störungen auslösen zu können. Eher untypisch ist das Auftreten psychotischer Symptome während des Cannabisentzugs. Diese treten bei Substanzentzug unter anderem bei Alkohol, Sedativa⁵³ und Hypnotika⁵⁴ auf. Die Symptome der substanz-/medikamenteninduzierten psychotischen Störung sind dieselben wie bei der jeweiligen primären psychotischen Störung,

⁴⁹ Alogie wird auch als „...Sprechvermögen, weil keine korrekten bzw. ausreichend logischen Sätze gebildet werden können [bezeichnet]; gilt als Symptom geistiger Behinderung oder schwerer psychotischer Störungen (z.B. Schizophrenie)“ (Spektrum Akademischer Verlag, 02.11.2016).

⁵⁰ „Unter Intoxikation treten zumeist Störungen in den Bereichen Wahrnehmung, Wachsamkeit, Aufmerksamkeit, Denken, Urteilen, psychomotorisches und zwischenmenschliches Verhalten auf. (...) Intoxikation kann manchmal länger andauern, als die Substanz im Körper nachgewiesen werden kann. Dies kann durch anhaltende zentralnervöse Effekte bedingt sein, deren Abklingen länger dauert als die Ausscheidung der Substanz. Diese langfristigeren Effekte der Intoxikation müssen von einem Entzug unterschieden werden“ (Falkai/Wittchen 2015, S. 668-669). Die Diagnose der Intoxikation trifft nicht zu, wenn aus dem Substanzkonsum lediglich unproblematische Symptome ohne weiteres problematisches Verhalten resultieren (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 668-669).

⁵¹ Unter Substanzentzug versteht man „...die Entwicklung einer substanzspezifischen problematischen Verhaltensveränderung mit physiologischen und kognitiven Begleiterscheinungen, die durch die Beendigung oder Reduktion eines schweren und langfristigen Substanzkonsums bedingt sind“ (Falkai/Wittchen 2015, S. 669). Substanzentzug wird des Weiteren anhand der folgenden Kriterien bemessen: Durch die Reduktion oder die Beendigung des Konsums entsteht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigung bei der/dem Betroffenen sowie sind die Symptome nicht mit einer anderen Krankheit zu erklären (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 669).

⁵² „Halluzinogene sind psychedelische, d.h., bewusstseinserweiternde chemische Substanzen wie LSD, die Wahrnehmungen verzerren und sensorische Bilder ohne sensorischen Input erzeugen.“ (Stangl, 03.11.2016)

⁵³ „Sedativa sind Mittel, welche vom Menschen eingenommen eine Beruhigung auslösen. Das deutsche Wort hierfür ist Beruhigungsmittel.“ (Kelich, 03.11.2016).

⁵⁴ „Als Hypnotika bezeichnet man hingegen Mittel, die den Schlaf auslösen - also ein Schlafmittel. Hypnotisch ist die Steigerung von Sedativ.“ (Kelich, 03.11.2016)

wobei eine substanz-/medikamenteninduzierte psychotische Störung in der Regel zeitlich begrenzt ist und innerhalb eines Monats nach Beendigung des Entzugs beziehungsweise der Intoxikation abklingt. Wird die Substanz jedoch weiter konsumiert, können die psychotischen Symptome solange anhalten, bis der Konsum längerfristig beendet wird. Das bedeutet, dass die Symptome einer substanzinduzierten psychotischen Störung „...selten länger als einen Monat nach kompletter Beendigung des Konsums in klinisch bedeutsamer Weise bestehen“ bleibt (Falkai/Wittchen 2015, S. 673). Primäre psychotische Störungen haben ihren Beginn vor dem Substanzgebrauch und treten ebenfalls in abstinenter Phasen auf (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 152-153; S. 671-673). In manchen Fällen von substanz-/medikamenteninduzierten Psychosen, kann es zu einer Persistenz der psychotischen Symptome kommen. Das bedeutet, dass trotz Beendigung des Konsums die psychotischen Symptome nicht abklingen und auf einen unbestimmten Zeitraum bestehen bleiben (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 671).

Küchenhoff (2011) sieht eine rein beschreibende Psychopathologie als nicht ausreichend um psychische Erkrankungen zu verstehen. Er kritisiert die, seines Erachtens, bewusste Vermeidung der Ursache-Wirkung-Frage in den beiden diagnostischen Manualen (ICD & DSM). Dies sei ein Verzicht auf das Krankheitsverständnis. Laut Küchenhoff (2011) sei es unverzichtbar, wenn man erkrankten Menschen bei ihrem Lebensvollzug helfen wolle, diese Ursache-Wirkung-Frage zu thematisieren (vgl. Küchenhoff 2011, S. 21). Auch Dammann (2014) ist Küchenhoffs Ansicht bezüglich der Kritik am DSM und der ICD (vgl. Dammann 2014, S. 27). Küchenhoff (2011) bezieht sich in Bezug auf die Ursache-Wirkung-Frage auf Aussagen des Psychotherapieforschers David Orlinsky (2003), welcher äußerte, dass es eines pathogenetischen⁵⁵ Prozesses bedürfe um die Gesundheit eines Menschen zu verbessern. Das bedeute, dass dieser pathogenetische Prozess unabhängig von den Symptomen der Krankheit beschrieben werden soll (vgl. Orlinsky 2003 in Küchenhoff 2011, S. 21). Dieser Prozess könne, laut Küchenhoff (2011), ein biologischer oder psychologischer sein sowie beides zugleich (vgl. Küchenhoff 2011, S. 22). Bock (2007) beschreibt, dass Psychosen oftmals in Lebensphasen auftreten, in denen Menschen mit kritischen Situationen konfrontiert werden. Beispielsweise unter anderem Ablösungsprozesse von den Eltern, Schwangerschaft oder den Verlust von Aufgaben, die bislang zur Stabilisierung des Selbstwertes dienten (vgl. Bock 2007, S. 354). Auch Exner und Lincoln (2012) beschreiben verschiedene Faktoren die sich auf die Entstehung einer psychotischen Störung auswirken können. Hierzu zählen neben dem bereits erwähnten Substanzmissbrauch unter anderem auch weitere schädliche Einflüsse, genetische oder neurobiologische Faktoren sowie diverse Stressoren (vgl. Exner/Lincoln 2012, S. 13-25). Psychiatriegrößen wie Wernicke, Freud, Kraepelin,

⁵⁵ Das Wort ‚pathogenetisch‘ entstammt dem Wort ‚Pathogenese‘, welches als die „Entstehung und Entwicklung einer Krankheit“ definiert wird (Duden, 05.11.2016).

Kretschmer und andere waren der Auffassung psychotische Störungen seien ausschließlich Ausdruck komplexer Hirnfunktionsstörungen. Diese Ansicht hielt sich über eine lange Zeit im Feld der Psychiatrie⁵⁶. Strik und Walther (2014) berichten diesbezüglich von überzeugenden Versuchen, die sich von dieser Auffassung distanzieren. Besagte Versuche verbinden genetische Veranlagungen, Umwelteinflüsse, triebhafte Bedürfnisse und aktuelle Belastungen zu einem ganzheitlichen Erklärungsmodell der Psychose (vgl. Strik/Walther 2014, S. 411-412).

Da sich meine Fragestellung im Beratungskontext der Suchtberatung aufhält und nicht in psychotherapeutischen Settings oder im sozialpsychiatrischen Dienst, werde ich an dieser Stelle nicht genauer auf die Pathogenese psychotischer Störungen eingehen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es ‚die Psychose‘ unter dieser Bezeichnung als Diagnose nicht gibt. Es existieren eine Vielzahl an Störungsbildern, die unter die Rubrik ‚psychotische Störungen‘ fallen. Somit wird die Bezeichnung ‚Psychose‘ vielmehr als ein Synonym für Störungen der Rubrik ‚psychotische Störungen‘ verwendet. Störungen aus diesem Feld haben trotz ihrer Unterschiedlichkeiten eine Gemeinsamkeit: alle diese Störungen müssen, um unter die Rubrik ‚psychotische Störungen‘ zu fallen, mindestens eines oder mehrere von der Norm abweichende Hauptmerkmale erfüllen. Diese Hauptmerkmale stellen Halluzinationen, Wahn, desorganisiertes Denken/Sprache, grob desorganisiertes Verhalten/gestörte Motorik sowie Negativsymptome dar. So ähneln sich die verschiedenen psychotischen Störungen zwar, können jedoch trotzdem sehr verschieden sein. Auch wird es als wichtig beschrieben, sich mit der Ursache-Wirkungs-Frage in Bezug auf psychotische KlientInnen auseinanderzusetzen.

1.3. Zur Komorbidität

Im Folgenden werde ich den Begriff der ‚Komorbidität‘ definieren und diesen anschließend am Beispiel der Cannabiskonsumstörung in Verbindung mit der Psychose verdeutlichen.

1.3.1. Definition von Komorbidität

Der Begriff Komorbidität wurde von Feinstein (1970) eingeführt und stammt aus dem Fachbereich der Psychiatrie und Psychopathologie (vgl. Spektrum Akademischer Verlag, 29.10.2016). Komorbidität wird als „...die *Anwesenheit von mehr als einer (psychischen) Störung in einer Person in einem bestimmten zeitlichen Rahmen*“ definiert (Spektrum Akademischer Verlag, 29.10.2016). Es lassen sich zwei verschiedene Arten

⁵⁶ Die Psychiatrie ist ein „Teilgebiet der Medizin, das sich mit der Erkennung und Behandlung von geistigen und psychischen Störungen befasst“ (Duden, 29.10.2016).

von Komorbidität unterscheiden. Unter der internen Komorbidität wird das gemeinsame Auftauchen von psychischen Störungen der gleichen Störungsgruppe verstanden. Hierzu zählen beispielsweise das gemeinsame Auftreten einer sozialen und einer spezifischen Phobie, welche beide der Gruppe der Angststörungen angehören. Externe Komorbidität wird definiert durch das gemeinsame Auftauchen psychischer Störungen aus verschiedenen Störungskategorien (vgl. Spektrum Akademischer Verlag, 29.10.2016). Daraus ergibt sich beispielsweise, dass bei der Komorbidität einer Cannabiskonsumstörung, welche zu den psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen gehört (vgl. ICD-10), in Verbindung mit einer nichtsubstanzinduzierten Psychose, welche der Gruppe der schizophrenen, schizotypen und wahnhaften Störungen angehört (vgl. ICD-10), von einer externen Komorbidität gesprochen wird⁵⁷. Obwohl das Wort ‚Komorbidität‘ im Alltagssprachgebrauch, vermutlich auch in der Wahrnehmung von Krankheit bei vielen Menschen, noch ein Fremdwort darstellt, beschreibt Dammann (2014) Komorbidität als eher die Regel als die Ausnahme (vgl. Dammann 2014, S. 24).

1.3.2. Die Komorbidität von der Cannabiskonsumstörung und der Psychose

Gouzoulis-Mayfrank (2014) beschreibt die Komorbidität von Substanzmissbrauch beziehungsweise -abhängigkeit und Psychose im Allgemeinen als sehr häufig (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 75). Auch im DSM-5 wird berichtet, dass beispielsweise bei vielen Betroffenen der schizoaffektiven Störung oft ebenfalls eine Störung im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen diagnostiziert wird (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 148).

Die Diskussion über den Zusammenhang von Cannabis und psychischen Beschwerden beziehungsweise Erkrankungen, speziell der Psychose, besteht schon seit vielen Jahren. Bereits 1909 äußerte Meunier die Vermutung, dass chronischer Cannabiskonsum zu Psychosen führen könnte (vgl. Meunier 1909 in Täschner 2005, S. 7). Das DSM-5 beschreibt im Allgemeinen eine, bei jedem Menschen unterschiedlich starke, Anfälligkeit für psychotische Störungen. Des Weiteren wird diesbezüglich auf eine mögliche Erhöhung der Wahrscheinlichkeit eine psychotische Störung, im Zusammenhang mit Cannabiskonsum bei Prädispositionen zu entwickeln, verwiesen (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 673). Das bedeutet, nicht jeder Mensch ist gleich anfällig an einer Psychose zu erkranken. Die Entwicklung einer Psychose hängt von unterschiedlichen Faktoren ab. So erkranken Menschen mit sogenannter Prädisposition, das heißt einer „ausgeprägte[n] Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten“ (Duden, 05.11.2016) schneller, beziehungsweise gegebenenfalls auch öfters, an einer Psychose als solche ohne diese Prädisposition.

⁵⁷ Ich beziehe mich an dieser Stelle lediglich auf den ICD-10, da dieser, wie bereits an früherer Stelle erwähnt, in Deutschland für ärztliche Diagnosen relevant ist.

Des Weiteren wird im DSM-5 von einer möglichen Einflussnahme von Cannabiskonsum auf den Ausbruch einer akuten psychotischen Episode gesprochen. Die Autoren erwähnen außerdem die Verschlimmerung bereits bestehender psychotischer Symptome durch den Cannabiskonsum und aufgrund dessen die Entstehung möglicher negativer Auswirkung auf die Behandlung von psychotischen Störungen (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 708). Auch Gouzoulis-Mayfrank (2014) beschreibt, „...dass komorbide Sucht den Verlauf der Psychose negativ beeinflusst“ (Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 80). Die DHS (2014) bestätigt, dass durch den Konsum von Cannabis akute psychotische Symptome ausgelöst werden können, diese jedoch in der Regel nach kurzer Dauer⁵⁸ wieder abklängen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 20-21). Auch Grotenhermen und Reckendrees (2006) beschreiben, dass der Konsum von Cannabis bei einigen Personen zu toxischen Psychosen führen könne. Toxische Psychosen werden normalerweise nur durch die Aufnahme sehr hoher Cannabismengen ausgelöst, jedoch können je nach Person auch bereits kleine Dosen zu dieser Form der Psychose führen (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 23). Aufgrund der Beschreibung der Psychosen hier, liegt meines Erachtens nahe, dass die DHS (2014) sowie Grotenhermen und Reckendrees (2006) sich auf eine durch die Substanzintoxikation ausgelöste, eine sogenannte substanzinduzierte, Psychose beziehen. Die DHS (2014) weist des Weiteren zwar darauf hin, dass viele Untersuchungen einen Zusammenhang zwischen psychotischen Störungen und Cannabiskonsum feststellen konnten, jedoch sehe sie den kausalen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und dem Ausbruch einer Psychose als nicht vollständig bestätigt. Auch wird von einigen Studien berichtet, welche bei Menschen die unregelmäßig Cannabis konsumieren ein 1,4-fach erhöhtes Risiko und bei Menschen mit regelmäßigem Cannabiskonsum ein 2,1-fach erhöhtes Risiko an einer Psychose zu erkranken nachweisen konnten (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 20-21). Hierzu veröffentlichten Andreason et al. (2007) und Zammit et al. (2002)⁵⁹ weitere Zahlen, welche bei regelmäßigem Cannabiskonsum ein 6-fach erhöhtes Risiko für spätere Psychosen feststellten (vgl. Andreason et al. 2007; Zammit et al. 2002 in Gouzoulis-Mayfrank 2007, S. 77-78). Auch Exner und Lincoln (2012) berichten von einer Reihe prospektiver Studien, die Cannabis ebenfalls als möglichen auslösenden Faktor für Psychosen belegen. Einige dieser Studien setzen die Höhe des Risikos an einer Psychose zu erkranken mit der Konsummenge in Verbindung. Jedoch sei bei einem Teil der Studien die mögliche umgekehrte Kausalität unbeachtet geblieben (vgl. Exner/Lincoln 2012, S. 21-22). Das bedeutet, dass in jenen Studien nicht differenziert wurde ob der Cannabiskonsum eine auslösende Funktion in Bezug auf die Psychose

⁵⁸ Was hier unter ‚kurzer Dauer‘ verstanden wird, wurde nicht weiter ausgeführt. Meiner Meinung nach ist die Einschätzung von Zeit sehr subjektiv zu verstehen.

⁵⁹ Siehe Abbildung 2 im Anhang 3.

hatte oder einen Bewältigungsversuch der psychotischen Symptome darstellte. Casper-Merk⁶⁰ (2005) erwähnte ebenfalls den Zusammenhang zwischen Konsummenge und dem Risikos an einer Psychose zu erkranken: „Das Risiko für psychotischen Symptome und für Langzeitschäden des Gehirns steigt zudem mit zunehmender Konsumhäufigkeit“ (Casper-Merk 2005, S. 10). Grotenhermen und Reckendrees (2006) beschreiben, dass der Cannabiskonsum eine laterale Schizophrenie bei anfälligen Personen beschleunigen kann. Das bedeutet, dass Menschen mit einer erhöhten Anfälligkeit an einer Schizophrenie zu erkranken den Ausbruch der Erkrankung durch den Konsum von Cannabisprodukten antreiben können (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 23). Des Weiteren wird die Komorbiditätsrate von Schizophrenie und Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen als hoch beschrieben (vgl. Falkai/Wittchen 2015, S. 142). Diese Aussage bestätigen Exner und Lincoln (2012) und ergänzen bei Schizophrenie eine 50%ige Rate von komorbiden Suchtstörungen. Hier sei primär der Missbrauch beziehungsweise eine Abhängigkeit von unter anderem Cannabis ausschlaggebend (vgl. Exner/Lincoln 2012, S. 9). Weiter beschreiben Exner und Lincoln (2012), dass „Substanzmissbrauch ... unter Patienten mit Schizophrenie eher die Regel als die Ausnahme zu sein [scheint]“ (Exner/Lincoln 2012, S. 9). Auch berichten Grotenhermen und Reckendrees (2006), dass das Risiko für die Entstehung und Entfaltung einer schizophrenen Psychose für anfällige Personen durch den Cannabiskonsum verstärkt werden kann (vgl. Grotenhermen/Reckendrees 2006, S. 23). Dies bestätigt ebenfalls die DHS (2014) (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 21).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass viele unterschiedliche Autoren und Studien über einen Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und psychotischen Symptomen berichten. Es wurde eine im Allgemeinen sehr hohe Zahl an Menschen mit Psychose und komorbidem Substanzmissbrauch beschrieben. Des Weiteren wurden die Komorbiditätsrate von Suchterkrankungen und schizoaffektiven Störungen sowie von Suchterkrankung und Schizophrenie als hoch beschrieben. Dies unterstreicht die erwähnte 50%-ige Rate an schizophrenen Suchtkranken. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere die Cannabiskonsumstörung als eine der primären komorbiden Suchterkrankungen bei Schizophrenie benannt. Es wird eine generell unterschiedlich hohe Anfälligkeit bei jedem Menschen an einer Psychose zu erkranken beschrieben, welche sich ebenfalls darin zeigt, dass Menschen mit Prädisposition eine höhere Wahrscheinlichkeit haben durch den Konsum von Cannabis an einer psychotischen Störung zu erkranken. Zudem wird eine mögliche Einflussnahme des Cannabiskonsums auf die Ausbreitung einer akuten psychotischen Episode auch ohne Prädisposition beschrieben. Auch wird von einer Verschlechterung bereits bestehender psychotischer Symptome durch den

⁶⁰ Drogenbeauftragte der Bundesregierung von 2001-2005

Cannabiskonsum sowie möglichen negativen Auswirkungen auf die Psychosebehandlung berichtet. Unterschiedliche Studien beschreiben ein erhöhtes Risiko bei unregelmäßigem sowie regelmäßigem Cannabiskonsum, auch ohne erhöhte Anfälligkeit, später an einer Psychose zu erkranken. Gleichzeitig wird jedoch der kausale Zusammenhang zwischen Cannabiskonsum und Psychose als nicht komplett bestätigt beschrieben.

1.3.3 Ätiologie der Komorbidität von Suchterkrankung und Psychose

Gouzoulis-Mayfrank (2014) fasste die verschiedenen Erklärungsmodelle zu Komorbidität von Sucht und Psychose in vier unterschiedliche Gruppen zusammen. Diese stellen Modelle zur sekundären Suchtentwicklung, Modelle zur sekundären Psychoseentwicklung, Modelle zur gemeinsamen Ätiologie und Komplexe Modelle dar (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 75-79). Im Folgenden möchte ich kurz auf die einzelnen Modelle eingehen.

1.3.3.1. Modelle der sekundären Suchtentwicklung

In den 1990er Jahren dominierte die Hypothese zur Selbstmedikation. Diese sprach speziellen Substanzen aufgrund ihrer psychotropen Wirkung eine spezifische Symptom- oder Beschwerdelinderung zu. Beispielsweise hieß es, dass der Konsum von Stimulanzien⁶¹ bei Antriebsstörungen oder der von Alkohol gegen Angst helfe (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 75-76). Diese sogenannte Selbstmedikationshypothese konnten in empirischen Untersuchungen von 2001 nur beschränkt erwiesen werden (vgl. Chambers et. al. 2001 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76). Man konnte herausfinden, dass die Vielzahl von Psychosepatienten spezielle Substanzen nicht mit der Zielsetzung gewisse Krankheitssymptome zu bekämpfen konsumieren. Vielmehr stellen Verfügbarkeit oder auch andere, ebenfalls für nichtpsychotische Patienten relevante, Aspekte eine zentrale Rolle dar. Des Weiteren spreche entgegen der Selbstmedikationshypothese der Fakt, dass der Substanzmissbrauch in vielen Fällen vor den ersten psychotischen Symptomen stattfand (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2007 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76).

Der Selbstmedikationsthese folgte das Affektregulierungsmodell, welches den Substanzmissbrauch als „dysfunktionales Coping gegen diffuse negative Affektzustände“ (Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76) betrachtet. Hier wird die Neigung zu negativen Affekten oder Impulsivität in Verbindung mit psychosozialen Stress gesetzt, was bei Men-

⁶¹„Als Stimulanzien bezeichnet man in der Psychologie Substanzen wie Koffein, Nikotin, Amphetamine oder Kokain, die direkt die neuronale Aktivität intensivieren und die Körperfunktionen beschleunigen.“ (Stangl, 06.11.2016)

schen mit Schizophrenie beziehungsweise Präschizophrenie und unausgeglichene Copingstrategien⁶² oder defizitären Problemlösungsstrategien die Entwicklung von Substanzmissbrauch begünstigen könne (vgl. Blanchard et al. 2000 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76). Dies erkläre des Weiteren den Fakt wieso bereits vor Ausbruch der Psychose Substanzen konsumiert wurden (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76).

Ein weiterer Erklärungsansatz für Komorbidität von Suchterkrankung und Psychose stellt das Supersensitivitätsmodell⁶³ dar. Dieses befasst sich mit der Annahme, dass Menschen mit Schizophrenie schon bei dem Konsum von verhältnismäßig kleinen Mengen an Suchtstoffen negative Folgen erleiden. Hier sind mit negativen Folgen psychotische Symptome und Rückfälle gemeint. Das Supersensitivitätsmodell wird als Zwischenmodell in Mitten der Modelle der sekundären Suchtentwicklung und der Modelle der sekundären Psychoseentwicklung⁶⁴ empfunden. Dies hat den Grund, dass dieses Modell auf der einen Seite von einer gewissen Prädisposition für eine Psychose ausgeht und auf der anderen Seite die negativen Einflüsse die der Substanzkonsum auf den Psychoseverlauf haben kann, miteinschließt (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76).

Des Weiteren berichtet Gouzoulis-Mayfrank (2014) von Annahmen, dass der Substanzmissbrauch von Menschen mit Schizophrenie auf den sozioökonomischen Abstieg, den viele psychische Krankheiten zur Folge haben, zurückzuführen ist. Auch könnte dieser Aspekt wiederum Einfluss auf den Substanzkonsum haben (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76).

1.3.3.2. Modelle der sekundären Psychoseentwicklung

Zur sekundären Psychoseentwicklung durch den Substanzkonsum existieren zwei Grundmodelle, welche sich insbesondere auf Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzien beziehen. Dies hat den Grund, dass, laut Gouzoulis-Mayfrank (2014), diese Substanzen in der Regel Akutwirkungen aufweisen, welche psychotischen Symptomen ähnlich sind. Insofern können Cannabis, Halluzinogene und Stimulanzien zum einen psychotische Rauschverläufe als auch zeitlich begrenzte Psychosen bewirken. Der Konsum dieser Substanzen beginnt oft bereits vor dem Ausbruch der Psychose, wobei sich diese in der weiteren Entwicklung nicht mehr von schizophrenen Störungen unterscheidet (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76). Dieses Modells der Psychoseinduktion durch den Konsum hat sich in den letzten Jahren insbesondere bezüglich des Konsums von Cannabis gefestigt. Hierzu wurden Studien veröffentlicht, welche den Cannabiskonsum als

⁶² ‚Coping‘ wird als „Sammelbegriff für die Maßnahmen, die darauf abzielen Streß zu bewältigen“ verstanden (Spektrum Akademischer Verlag, 05.11.2016).

⁶³ Dieses Modell geht zurück auf Mueser et al. (1998) (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 76).

⁶⁴ Siehe 1.3.3.2. Modelle der sekundären Psychoseentwicklung.

ein wichtiges Segment zur Ursache-Wirkung-Frage der Schizophrenie beschreiben⁶⁵. Auch hier wird erneut das persönliche neurobiologische Anfälligkeitsrisiko in Bezug auf eine Psychose aufgegriffen, welches eine Rolle spiele. Ein weiterer Aspekt sei, dass einige Erhebungen zeigen, dass Menschen mit Komorbidität zu dem Zeitpunkt des Ausbruchs ihrer Schizophrenie im Durchschnitt mehrere Jahre jünger waren, als die an Schizophrenie erkrankten Menschen ohne Komorbidität (vgl. Schnell et al. 2010; Dixon 1999 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 77).

1.3.3.3. Modelle zur gemeinsamen Ätiologie

Laut Chambers et al. (2001) ist bei der gemeinsamen Ätiologie von Suchtstörung und Schizophrenie die Hypothese einer primären neurobiologischen Funktionsstörung im mesolimbischen Dopaminsystem⁶⁶ von zentraler Bedeutung. Diese These birgt die Idee, dass bei der Behandlung von jungen psychotischen Patienten frühzeitig Suchtprävention betrieben werden soll, beziehungsweise spezielle Behandlungsmaßnahmen in Bezug auf Suchterkrankungen in deren Behandlung integriert werden sollten (vgl. Chambers et al. 2001 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 78).

Auch wird die antisoziale Persönlichkeitsstörung als weiterer möglicher Einflussfaktor auf die Entwicklung einer Komorbidität diskutiert (vgl. Mueser et al. 2000 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 79).

1.3.3.4. Komplexe Modelle

Gouzoulis-Mayfrank (2014) beschreibt die einzelnen Modelle zur Komorbiditätsentwicklung von Suchterkrankung und Psychose als Stärken sowie auch Schwächen enthaltend. Des Weiteren könne keines der einzelnen Modelle das vollständige Maß der Komorbidität erfassen. Hier sei es, laut Gouzoulis-Mayfrank (2014), notwendig ein transdimensionales Modell zu diskutieren, welches individuell auf den/die einzelne(n) KlientIn Aspekte unterschiedlicher Modelle kombiniert. Hierzu seien bereits Versuche gestartet worden (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 79).

Bock (2007) beschreibt Komorbidität von Suchterkrankung und Psychose des Weiteren als eine Wechselbeziehung:

„Die Psychose kann die Dynamik der Sucht entfalten, und die Sucht kann autistische Prozesse in Gang setzten, die einer Psychose ähneln. (...) So ist zu begreifen, daß psychotische Wahrnehmung keineswegs unbedingt nur negativ erlebt

⁶⁵ Siehe auch Abbildung 2 im Anhang 3.

⁶⁶ Siehe: 1.1.4.1. Neurobiologische und Neuropsychologische Erkenntnisse der Suchtforschung

wird, sondern auch >>gesucht<< werden kann, daß die vielleicht grenzenlose und farbige Welt der Psychose u.U. auch ein Bedürfnis bedient.“ (Bock 2007, S. 354)

Hier greift Bock (2007) meines Erachtens einen weiteren Aspekt der möglichen Entstehung von Komorbidität auf. Dieser stellt das gewollte Auslösen von psychotischen Symptomen durch den Suchtmittelkonsum dar.

1.4. Die Suchtberatung

1947 wurde die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., mit dem Ziel allen Suchthilfeeinrichtungen in der ganzen Bundesrepublik eine Plattform zu bieten, gegründet. Abgesehen von wenigen Ausnahmen gehören alle Träger der ambulanten und stationären Suchthilfe sowie der Selbsthilfe der DHS an. Ferner lässt sich sagen, dass die DHS repräsentativ für die Suchthilfe in Deutschland steht. Für die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen und deren Angehörige umfasst die DHS circa 1.300 Suchtberatungsstellen und –dienste, in welchen SozialarbeiterInnen, PädagogInnen, PsychologInnen, MedizinerInnen und viele Ehrenamtliche tätig sind (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V., 11.11.2016).

Aufgaben der Suchtberatungsstellen beinhalten die Motivationsarbeit zum Handeln gegen Abhängigkeit, die Beratung von Betroffenen, Angehörigen und Fachpersonen, die Vermittlung in weiterführende Behandlungsformen, die Betreuung und Beratung von Selbsthilfegruppen sowie die Vernetzungsarbeit mit anderen Hilfsangeboten. Auch können unter anderem Suchtprävention, ambulante Suchtrehabilitation, aufsuchende Beratung im Strafvollzug, Beratung von Firmen zum Thema Sucht, Angebote für verkehrsauffällige KraftfahrerInnen und Rauchentwöhnung unter das Aufgabengebiet der Suchtberatung fallen (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.(2), 11.11.2016).

„Das Lernen, ein befriedigendes Leben ohne Substanzmissbrauch zu führen, erfordert typischerweise, dass viele Aspekte im Leben geändert werden müssen wie bestimmte Aktivitäten, Gewohnheiten, Belastungsbewältigung, Freunde und Wohnsituationen“ (Drake/Mueser 2007, S. 209).

Hierfür bietet die Suchtberatung Begleitung und Unterstützung. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Menschen mit Suchterkrankungen oder Substanzmissbrauch durch Suchtberatungsstellen die Möglichkeit bekommen, sich zusammen mit Fachpersonen mit ihrem Konsum und allem was damit verbunden ist auseinanderzusetzen. Menschen die sich über die Problematik ihres Konsums unschlüssig sind, finden bei Suchtberatungsstellen AnsprechpartnerInnen, die das mit ihnen zusammen herausfinden. Fällt die Person dann für sich die Entscheidung etwas an ihrem/seinem Konsummuster zu verändern, sind Suchtberatungsstellen da um zu unterschützen, weiterzuvermitteln oder sogar unter Umständen zu rehabilitieren. Auch für Angehörige von suchtkranken Menschen sind Suchtberatungsstellen zuständig. Je nach spezifischer Einrichtung wird bei

unterschiedlichen Substanzen oder Abhängigkeiten beziehungsweise missbräuchlichem Verhalten beraten. Das bedeutet, dass manche Einrichtungen sich auf spezielle Substanzen, wie beispielsweise nur Alkohol, spezialisiert haben und andere nur bei illegalen Drogen tätig werden. Der Evangelische Diakonieverband im Landkreis Böblingen⁶⁷ berät zum Beispiel bei Abhängigkeit oder Missbrauch von Alkohol, illegalen Drogen, Medikamenten, Glücksspiel oder Computerspiel (vgl. Evangelischer Diakonieverband im Landkreis Böblingen, 11.11.2016).

1.5. Orientierungshilfen im Umgang mit KlientInnen mit psychotischen Störungen

Da die Welt der Psychose in vielen Fällen doch sehr unterschiedlich zu der realen Welt sein kann, scheint nahe zu liegen, dass bei Menschen in akut psychotischen Phasen ein spezieller Umgang gefordert ist. Hierzu lassen sich in Literatur diverse Hinweise finden. Obwohl diese Hinweise zum Umgang mit KlientInnen mit psychotischen Störungen teilweise aus der psychiatrischen Krankenpflege oder auch der Psychotherapie stammen, lassen sich diese, meiner Meinung nach, auch auf den Beratungskontext ableiten.

Es gibt Hinweise aus der psychiatrischen Krankenpflege, welche in der Arbeit mit Psychiatriepatienten eine „aktive, gezielte, planvolle und respektvolle“ (Arolt/Reimer/Dilling 2011, S. 375) Beziehungsgestaltung als zentral wichtig beschreiben. Dies sei bei Menschen mit psychischen Erkrankungen aus dem Grund sehr wichtig, da diese Form der Erkrankung oft mit einer beeinträchtigten Beziehungsfähigkeit zusammenhängt (vgl. Arolt/Reimer/Dilling 2011, S. 375). Auch sei es essentiell, dass das Erstgespräch mit dem/der KlientIn nicht als reines Anamnesegegespräch stattfindet, in welchem Daten und Fakten abgefragt werden. Ferner sollte Körperhaltung, Mimik, Sprache, Gestik, Gefühlsäußerungen und Wahrnehmungsbeschreibungen zentrale Wichtigkeit bekommen (vgl. Arolt/Reimer/Dilling 2011, S. 375). Küchenhoff (2012) beschreibt, dass jede(r) einzelne KlientIn für sich als Einzelfall gesehen werden sollte. Damit ist gemeint, dass die Begegnung zweier Personen, hier die Fachperson⁶⁸ und der/die KlientIn, immer einzigartig ist und somit auch einzigartige Erkenntnismöglichkeiten bereitet, welche im Zusammenspiel mit theoretischem Wissen rund um das Krankheitsbild neue Türen öffnen kann (vgl. Küchenhoff 2012, S. 31). Insbesondere das Thema ‚Sprache‘ sei, laut Bock (2007), bei der Arbeit mit Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig. Diesbezüglich beschreibt der Autor, es solle sich von der medizinischen Sprache distanziert werden.

⁶⁷ Da ich mein Praxissemester im Suchthilfezentrum Böblingen des Evangelischen Diakonieverbands im Landkreis Böblingen machen durfte, habe ich diesen hier als Beispiel genannt.

⁶⁸ Als Fachpersonen sind hier SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen, TherapeutInnen, PflegerInnen und andere professionell Arbeitende im Umfeld des/der KlientIn gemeint.

Diese sei oftmals nicht in der Lage widersprüchlichen Gefühlen oder Erlebnissen ausreichend Ausdruck zu verleihen und somit würde die Entfremdung der subjektiven Erfahrung dadurch oft unterschätzt. Dementsprechend solle sich eine gemeinsame Sprache entwickeln, in welcher dem Menschen das ‚Krank-sein‘ auf der einen Seite nicht aberkannt wird und welche die Psychose als spezielle Erfahrung akzeptiert, welche jedoch auf der anderen Seite nicht jede Auffälligkeit als ein Symptom der Krankheit verstehe (vgl. Bock 2007, S. 346-347). Wie wichtig es ist, ‚dieselbe Sprache‘⁶⁹ wie der/die KlientIn zu sprechen benennen auch Drake und Mueser (2007). Zudem erwähnen die Autoren des Weiteren eine kulturelle Sensitivität des Fachpersonals, welche sich in diversen Behandlungsangeboten als hilfreich erwiesen habe (vgl. Drake/Mueser 2007, S. 207). Hier meinen die Autoren meines Verständnisses nach, dass der kulturelle Hintergrund des/der KlientIn ebenfalls im Beratungs- oder Behandlungskontext berücksichtigt werden sollte. Auch sei es, laut Bock (2007), wichtig, zu verstehen, dass psychotische Erfahrungen normalerweise nicht ohne Folgen bleiben. Das bedeutet, dass die psychotische Erfahrung Menschen sowie deren individuelle Lebenskonzepte und soziale Beziehungen verändere. Geschieht dies bei manchen Menschen für einen beschränkten Zeitraum, so kann diese Veränderung bei anderen auch langfristig anhalten. Insbesondere Veränderungen in der Lebensplanung, Alltagsbewältigung sowie Leistungseinbrüche, soziale Probleme bis hin zu sozialem Rückzug oder gar Isolation können durch psychotische Erfahrungen ausgelöst werden. Des Weiteren beschreibt Bock (2007), dass die Stabilisierung der KlientInnen, die durch die psychotischen Erfahrung sehr unsicher sind, in einigen Fällen viel Zeit bedürfe (vgl. Bock 2007, S. 347-350). Dies impliziert meiner Meinung nach, dass Fachpersonen viel Geduld mit Menschen mit Psychoseerfahrung mitbringen müssen und die Ziele, die man sich und der Rolle als Fachperson setzt⁷⁰, immer wieder mit der aktuellen Realität abgeglichen werden sollen. Somit könnte dem entgegengewirkt werden, dass KlientInnen mehr zugemutet wird, als sie in der jeweiligen Situation vielleicht leisten können. Weiter beschreibt Bock (2007), man solle dem psychotischen Patienten mit einer interessierten und zugewandten Haltung entgentreten sowie ihn/sie und seine/ihre Äußerungen ernst nehmen. Weiter soll darauf geachtet werden, die eigene professionelle Wahrnehmung nicht zum absoluten Maßstab zu ernennen (vgl. Bock 2007, S. 355). Hier ergänzt Küchenhoff (2012), ein ‚ernst-nehmender‘ Umgang mit einem/einer KlientIn impliziere eine Berücksichtigung der Subjektivität des/der Einzelnen, seines/ihrer individuellen Erlebens und seiner/ihrer Individualität. Hier seien von Psychose betroffene KlientInnen eine spezielle Herausforderung, da es, laut Kü-

⁶⁹ Mit ‚dieselbe Sprache‘ ist hier, die bereits von Bock (2007) beschriebene gemeinsame ‚Alltagssprache‘, fern ab vom klinischen/medizinischen Sprachgebrauch, gemeint.

⁷⁰ Teilweise bewusst und teilweise vielleicht auch unbewusst gesetzte Ziele.

chenhoff (2012), Menschen ohne Psychoseerfahrung oft schwer fällt die Realitätsempfindungen vom psychotischen Menschen nachzuvollziehen. Dies lasse psychotische Menschen oft sehr fremd erscheinen. Laut Küchenhoff (2012) gilt es hier, diese Fremdheit und Andersheit anzuerkennen. Auch hier wird die Wichtigkeit der Distanzierung zu allgemeinen Kategorien, wie beispielsweise einer Diagnose, erwähnt (vgl. Küchenhoff 2012, S. 27-28). Weiter erwähnt Küchenhoff (2012) die Berücksichtigung kultureller Einflüsse oder fremder Lebensformen in der Arbeit mit dem/der KlientIn und ebenfalls die Reflexion eigener Verfremdungsmechanismen, welche überhaupt auslösend für die Ansicht des Fremden als Fremdes gewirkt haben (vgl. Küchenhoff 2012, S. 29). Bock (2013) geht erneut auf das Thema Vertrauen ein und ist der Ansicht, dass je früher es funktioniert, eine Beziehung zu Menschen mit Psychoseerfahrung aufzubauen, desto schneller gelingt es der Fachperson Zugang zur psychotischen Welt der/des KlientIn zu bekommen, um ihn/sie dort zu unterstützen (vgl. Bock, 2013, S. 87). Gouzoulis-Mayfrank (2014) beschreibt PatientInnen mit Suchterkrankung und Psychose als schwer behandelbar. Um Behandlungserfolge zu erzielen, sei es wichtig, die Ziele realistisch und den Behandlungsplan langfristig anzulegen. Im Allgemeinen wird eine ‚parallele Behandlung‘ von Psychose und Sucht als eine heutzutage noch häufig greifende Behandlungsform beschrieben. Diese Behandlungsform beinhaltet die Stabilisierung der psychotischen Symptome mit anschließender Suchtrehabilitation oder die psychiatrische Behandlung in Kombination mit der Anbindung an eine Suchtberatungsstelle. Somit werden Psychose sowie Suchterkrankung volle Aufmerksamkeit gewährleistet. Dies fordert jedoch von der/dem KlientIn in beiden Bereichen (Sucht und Psychose) ein hohes Maß an Mitarbeit, was in manchen Fällen zur Überforderung des/der KlientIn führen kann. ExpertInnen schätzen dementsprechend, laut Gouzoulis-Mayfrank (2014), eine ‚integrierte Behandlung‘ als am erfolgreichsten ein (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S.80-82). Hiermit ist gemeint, dass ein Therapeutenteam, welches Erfahrung aus der Behandlung beider Störungsbilder aufweist, agiert und „stützend-fürsorgliche Konzepte aus der psychiatrischen Krankenversorgung und auf Eigenverantwortung setzende suchtherapeutische Ansätze“ (Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 80-82) miteinander vereinen. Den Ansatz der ‚integrierten Behandlung‘ erwähnen Drake und Mueser (2007) ebenfalls (vgl. Drake/Mueser 2007, S. 206). Trotz dieser Experteneinschätzung beschreibt Gouzoulis-Mayfrank (2014) diverse Studien die berichten, dass niedrigschwellige Angebote, die auf einen längeren Zeitraum angelegt werden, am erfolgreichsten sind. Insbesondere sei hier wichtig den Schwerpunkt auf die Schädeneindämmung, die Motivationsstärkung der Abstinenz und die Zuversicht der Abstinenz zu legen und diese als mittelfristige Behandlungsziele anzusehen. Diese Angebote seien im aufsuchend arbeitenden multiprofessionellen Team durchzuführen, welches aus Ärzten/Psychologen, psychiatrischer Pflege

und sozio-rehabilitativ Arbeitenden bestehe. Zudem verbanden alle erfolgreichen Behandlungsprogramme Pharmakotherapie, Psychoedukation und Teile der Motivationsbehandlung, welche primär bei Menschen mit Suchterkrankung angewandt wird (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 80-82). Unter Pharmakotherapie wird die Behandlung der Psychose (ggf. auch der Suchterkrankung) mithilfe von Medikamenten verstanden (vgl. Duden, 11.11.2016). Bezüglich der Motivationsbehandlung beschreibt Drake und Mueser (2000) die motivierende Gesprächsführung als wichtiges Werkzeug in der Beratung. Diese entwickelte sich aus der Gesprächstherapie und zielt darauf ab, den/die KlientIn bei der Entfaltung und Stärkung seiner/ihrer eigenen, intrinsischen Motivation zur Veränderung zu unterstützen. Bei der Arbeit mit Menschen mit Psychose ist es an dieser Stelle wichtig, die Interventionsmaßnahmen der motivierenden Gesprächsführung an die kognitiv oft eingeschränkten Funktionen von PsychosepatientInnen anzupassen (vgl. Drake/Mueser 2000 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 81). Drake und Mueser (2007) beschreiben weiter die hohe Relevanz von der Einbindung des/der KlientIn in den Behandlungsablauf durch ein aufsuchendes Vorgehen mit praktischer Unterstützung und flexiblen Angeboten (vgl. Drake/Mueser 2007, S. 207). Gouzoulis-Mayfrank (2014) berichtet, dass das Verständnis des/der KlientIn über die Zusammenhänge von Psychose und Sucht von zentraler Wichtigkeit sei. So soll die Psychoedukation dazu dienen, Informationen hierzu zu vermitteln und somit idealerweise die Abstinenzmotivation der/des KlientIn zu steigern (vgl. Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 81). Drake und Mueser (2007) beschreiben bei der Behandlung von schweren komorbiden psychischen Störungen bei Substanzstörungen eine stufenweise Behandlung. Demnach sei es zu Beginn der Arbeitsbeziehung wichtig, als erstes das Vertrauen des/der KlientIn zu gewinnen um ihn/sie in die Arbeitsbeziehung optimal einzubinden. Anschließend solle dem/der eingebundenen KlientIn geholfen werden die Motivation für Interventionen zur Gesundheitsförderung zu erlangen. Daraufhin solle die Fachperson dem/der KlientIn Hilfestellungen geben, Fähigkeiten zu erlernen und sich Unterstützung zu holen, um seine/ihre komorbiden Erkrankungen zu bewältigen sowie persönliche Ziele in Angriff zu nehmen. Als letztes, beschreiben Drake und Mueser (2007), dass der/die KlientIn darin unterstützt werden soll, Rückfallpräventionstrategien auszubauen und sich zu Nutzen zu machen (vgl. Drake/Mueser 2007, S. 206). Schimmelfmann und Lambert (2014) empfehlen zudem in Bezug auf die Doppeldiagnose Sucht und Psychose eine abstinenzorientierte Haltung einzunehmen und sich von der strikt abstinenzfordernden Einstellung im Beratungskontext zu distanzieren (vgl. Schimmelfmann/Lambert 2014, S. 358).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass in der Arbeit mit psychotischen KlientInnen, beziehungsweise psychisch kranken KlientInnen eine respektvolle, gezielte, geduldige, ernst-nehmende und aktive Beziehungsgestaltung von Nöten sei. Der/Die KlientIn solle individuell betrachtet werden und der Beratungskontext solle flexibel gestaltet werden.

Weiter solle die medizinische Fachsprache durch eine Alltagssprache ersetzt werden, um sich von vorgefertigten Kategorien zu distanzieren und den Menschen und dessen Wahrnehmung und nicht ‚ein Krankheitsbild‘ in den Vordergrund zu stellen. Fachpersonen sollen eine kulturelle Sensitivität aufweisen sowie eigene Verfremdungsmechanismen und eventuell zu hoch gesteckte Ziele hinterfragen. Hier sollen realistische Ziele mit dem/der KlientIn zusammen festgelegt werden, die an den individuellen kognitiven Stand der/des KlientIn angepasst sind. Im Fokus solle anfangs primär die Schadenseindämmung, Motivations- und Zuversichtsstärkung bezüglich einer abstinenten Lebensweise stehen. Zudem scheint es als sehr effektiv unterschiedliche Hilfsangebote und Ärzte zu vernetzen, um eine optimale Behandlung für den/die KlientIn zu erreichen.

2. Die qualitative Datenauswertung zweier ExpertInneninterviews

Um neben der theoretischen Darstellung meines Themas einen exemplarischen Eindruck aus der Praxis des Evangelischen Diakonieverbandes im Landkreis Böblingen zu erlangen, habe ich mich entschieden meiner Bachelor-Thesis eine qualitative Forschung hinzuzufügen. Ich werde mit der Erläuterung der Vorgehensweise beginnen und anschließend die herausgearbeiteten Aussagen der ExpertInnen miteinander vergleichen. Bei der abschließenden Ergebnisdarstellung werde ich den theoretischen Hintergrund meines Themas erneut aufgreifen. Hier soll der exemplarische Eindruck aus der Praxis in Verbindung mit der Literatur aufgezeigt werden, um herauszufinden welche Auswirkungen die Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung und Psychose auf den Beratungskontext der Suchtberatung haben kann. Zudem soll, sowohl durch Theorie als auch durch ExpertInnen aus der Praxis, ein Eindruck entstehen, welche Vorgehensweisen bei psychotischen Menschen mit Suchterkrankung als hilfreich, beziehungsweise empfehlenswert, dargestellt werden.

Es wurde sich an den Hauptgütekriterien der Wissenschaft orientiert. Diese stellen das Prinzip der Offenheit, das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens und das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens dar. Das Prinzip der Offenheit beinhaltet, dass mit einer Offenheit für unerwartete Informationen geforscht wird. Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens umfasst die Notwendigkeit, an vorhandenes theoretisches Wissen über den Forschungsgegenstand anzuschließen. Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens, besagt, dass die Wissensproduktion expliziten Regeln folgen muss (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 30-31).

2.1. Vorgehensweise

Der empirische Teil meiner Bachelor-Thesis orientiert sich an der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Ein individuell festgelegtes, jedoch für alle Interviews allgemein gültiges Kategoriensystem soll dabei helfen, die gesammelten Daten systematisch zu sortieren und durcharbeiten (vgl. Mayring 2016, S. 114). Ich habe mich für die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring entschieden, da diese Vorgehensweise die Stärke hat, „...dass sie streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert. Sie zerlegt ihr Material in Einheiten, die sie nacheinander bearbeitet“ (Mayring 2016, S. 114). Ich empfinde diese Analysetechnik als Einstiegsmethode in die qualitative Forschung als sehr gut nachvollziehbar und hilfreich, da sie es ermöglicht sich Schritt für Schritt mit dem Material auseinanderzusetzen. Ziel der empirischen Analyse ist es, anhand der subjektiven Einschätzung der ExpertInnen einen Eindruck aus der Praxis zu bekommen, welche Auswirkungen die Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung und Psychose auf den Beratungskontext der Suchtberatung haben kann.

Im Folgenden werde ich nun die Analyse des Materials anhand des Schemas von Mayring (2015) darstellen.

2.1.1. Festlegung des Materials

Mit der Festlegung des Materials soll exakt definiert werden, welches Material Ausgangspunkt der Inhaltsanalyse ist (vgl. Mayring 2015, S.54). Das auszuwertende Material umfasst zwei leitfadengestützte ExpertInneninterviews. Diese Interviews werden vollständig verwendet. Die erste interviewte Person ist Lisbeth Ostertag, Diplom-Sozialpädagogin und systemische Familientherapeutin, welche seit über sechs Jahren im Suchthilfezentrum Böblingen als Suchtberaterin tätig ist. Frau Ostertag bringt zudem auch Arbeitserfahrung aus der Psychiatrie mit. Als zweite interviewte Person hat sich Ralf Schuhmann, Diplom-Sozialarbeiter und verhaltenstherapeutischer Suchttherapeut zur Verfügung gestellt. Herr Schuhmann hat Jahrzehnte lange Erfahrung in der Suchtberatung sowie auch in der ambulanten Suchtrehabilitation und arbeitet im Suchtberatungszentrum Sindelfingen. Zugang zu Herrn Schumann und Frau Ostertag habe ich durch mein Praxissemester im Suchtberatungszentrum in Böblingen erhalten, bei welchem ich beide bei ihrer Arbeit begleiten und deren Vorgehensweisen kennenlernen durfte. Aufgrund der persönlichen Vorgeschichte bin ich mit beiden ExpertInnen per du. Die Interviews wurden somit auch in Du-Form geführt, da ich der Ansicht bin, dass ein erzwungenes ‚Sie‘ hier den natürlichen Redefluss beeinträchtigt hätte. Da die Themenfelder in der Beratungsarbeit beider ExpertInnen ähnlich sind und beide Suchtberatungszentren zusammen von dem Evangelischen Diakonieverband im Landkreis Böblingen und dem Verein für Jugendhilfe

e.V. Böblingen betrieben werden, können die Interviews gut miteinander verglichen werden. Ich habe mich explizit für die Suchthilfezentren in Böblingen und Sindelfingen entschieden, da diese beiden Städte, die Städte mit den meisten Anwohnern im Landkreis Böblingen darstellen. Aufgrund des Umfangs meiner Bachelor-Thesis habe ich mich auf zwei Interviews begrenzt. Die qualitative Erhebungsmethode der ExpertInneninterviews wurde gewählt, um das Wissen auf das Wesentliche zu reduzieren und einen Einblick in die Wirklichkeitskonstruktionen und Handlungsmaxime der ExpertInnen zu bekommen (vgl. Zierer/Speck/Moschner 2013, S. 66). Der Expertenstatus kann an dem „... Verantwortungsbereich der zu befragenden Personen, der exklusiven Stellung [sowie] dem privilegierten Zugang zu Wissen“ (Zierer/Speck/Moschner 2013, S. 66) festgemacht werden.

2.1.2. Die Analyse der Entstehungssituation

Mayring (2015) beschreibt als zweiten Schritt die Beschreibung der Materialproduktion. Hierbei sollen Bedingungen des Interviews genau beschrieben werden (vgl. Mayring 2015, S. 55). Die Interviews wurden in Form von leitfadenorientierten ExpertInneninterviews durchgeführt. Gläser und Laudel (2010) beschreiben den Leitfaden als eine im Vorfeld angefertigte Liste mit Fragen, welche vom Interviewer zur Grundlage des Gesprächs gemacht wird. Dies empfehle sich dann, wenn unterschiedliche Themen mit demselben Ziel der Untersuchung während des Interviews gestellt werden sowie wenn durch das Interview mehrere, exakt bestimmbare Informationen gesammelt werden sollen (vgl. Gläser/Laudel 2010, S. 111). Hierzu lässt sich Gläser und Laudel (2010) entnehmen, dass „Beides ... für das Experteninterview zu [trifft], das ja zur Reduktion eines sozialen Prozesses beitragen soll. Experteninterviews werden deshalb in der Regel als leitfadengestütztes Interview geführt“ (Gläser/Laudel 2010, S. 111). Da mir die subjektive Einschätzung und Sichtweise von ExpertInnen aus der Praxis in meinem empirischen Teil wichtig war, habe ich mich für diese Erhebungsmethode entschieden. Die Fragen innerhalb des Leitfadens⁷¹ wurden überwiegend offen formuliert, so dass der/die Interviewte auf diese frei antworten konnte. Die ExpertInnen haben sich auf Anfrage freiwillig dazu bereit erklärt interviewt zu werden und stellten jeweils ihre Büros für das Interview zur Verfügung.

2.1.3. Formale Charakteristika des Materials

An dieser Stelle sollen, laut Mayring (2015), „formale Charakteristika des Materials“ (Mayring 2015, S. 56) erläutert werden. Die ExpertInneninterviews wurde mit einem Olympus-

⁷¹ Der Leitfaden befindet sich im Anhang 6.

Aufnahmegerät, welches ich vom Institut für Angewandte Forschung Ludwigsburg bezogen habe, aufgenommen. Anschließend wurden die Aufnahmen nach den einfachen Regeln von Dresing und Pehl (2011) transkribiert⁷² (vgl. Desing/Pehl 2011). Die Interviewten stimmten der Aufnahme auf Tonband zu und erlaubten die Nennung ihrer eigenen Namen sowie des Namens ihrer Einrichtung⁷³. Nonverbale Äußerungen und Unterbrechungen wurden nicht transkribiert, da sie hier den Redefluss nicht störten und nichts mit der Thematik zu tun hatten.

2.1.4. Die Bestimmung der Fragestellung in zwei Schritten

Mayring (2015) gibt als nächsten Schritt die Bestimmung der Fragestellung an. Dieser Schritt dient dazu, herauszufinden was aus dem Material herausinterpretiert werden soll. Hierzu dient eine Untergliederung in zwei Teile. Im ersten Teil wird die Richtung der Analyse bestimmt (vgl. Mayring 2015, S. 58-59). Durch die zwei ExpertInneninterviews soll der Wissenstand und die Erfahrungen der ExpertInnen zum Thema Komorbidität von Cannabiskonsumstörung und Psychose abgefragt werden. Dafür wurden die ExpertInnen dazu aufgefordert ihr Wissen und ihre Erlebnisse hierzu innerhalb des Interviews wiederzugeben. Das Beleuchten des kognitiven Hintergrundes und des Erfahrungsschatzes der ExpertInnen stellte hier das Ziel dar. An dieser Stelle wird die Analyse des Materials auf den thematischen Gegenstand gerichtet. Der zweite Teil der Analyse stellt die theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung dar. Das bedeutet, dass mit Hilfe der Analyse die Forschungsfrage beantwortet werden soll (vgl. Mayring 2015, S. 59-60). Hier habe ich mich gefragt welche Auswirkungen die Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung und Psychose auf den Beratungskontext der Suchtberatung in Bezug auf die Altersgruppe der 12- bis 25-jährigen haben kann. Im vorangegangenen Kapitel wurde die theoretische Basis, die mit meiner Fragestellung in Verbindung steht, dargelegt. Nun soll der empirische Teil meiner Arbeit dazu dienen, die Fragestellung unter praktischen Aspekten zu hinterfragen.

2.1.5. Die Bestimmung der Analysetechnik und Erstellung eines Kodiersystems

Dem Ablaufmodell von Mayring (2015) lässt sich entnehmen, dass nun die passende Analysetechnik bestimmt werden soll (vgl. Mayring 2015, S. 61). Hier habe ich mich für die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse⁷⁴ entschieden. Die strukturierende Inhaltsanalyse hat die Besonderheit, dass sie deduktiv verläuft. Das bedeutet, dass im Vorfeld

⁷² Die Transkripte der ExpertInneninterviews befinden sich im Anhang 7 und Anhang 8.

⁷³ Die Einverständniserklärungen befinden sich im Anhang 10.

⁷⁴ Siehe hierzu auch Abbildung 3 im Anhang 4.

Hauptkategorien festgelegt werden, anhand derer das Material dann durchgearbeitet wird. Die Hauptkategorien habe ich auf Basis der Theorie bestimmt. Anschließend wird nach Mayring (2015) der Kodierleitfaden⁷⁵ entwickelt. Dieser beinhaltet den Namen und die Definition der einzelnen Kategorien, Ankerbeispiele sowie die dazugehörigen Kodierregeln. Die Definition der Kategorie dient der Abgrenzung der einzelnen Kategorien untereinander. Die Ankerbeispiele sind spezielle Textstellen, welche die Prototypen der einzelnen Kategorien darstellen sollen und die Kodierregeln dienen der eindeutigen Zuordnung des Textes in die einzelnen Kategorien. Bei dieser Form der qualitativen Inhaltsanalyse können sich die Kategorien des Kodierleitfadens im Laufe der Analyse noch verändern (vgl. Mayring 2016, S. 118-119). Ich habe mich für diese Form der qualitativen Inhaltsanalyse entschieden, da der ganze Text verwendet werden sollte. Hierzu beschreibt Mayring (2016) das Ziel der strukturierenden Inhaltsanalyse wie folgt:

„bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern, unter vorher festgelegten Ordnungskriterien einen Querschnitt durch das Material zu legen oder das Material aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen.“ (Mayring 2015, S. 67)

Die induktive als auch die explizierende Inhaltsanalyse verwenden nur einen Teil des Materials, wobei sich die strukturierende Inhaltsanalyse mit dem gesamten Text beschäftigt (vgl. Mayring 2016, S. 115). Aufgrund dessen empfand ich die strukturierende Inhaltsanalyse am effektivsten für meine Zwecke.

2.1.6. Auswertung der Interviews mit der Software MAXQDA

Als Hilfsmittel zur Datenauswertung habe ich die Software ‚MAXQDA‘, Version Plus 12 genutzt. Diese ermöglichte es mir alle relevanten Textstellen der ExpertInneninterviews digital zu kodieren. So konnte die Textpassagen den im Vorfeld festgelegten Kategorien manuell und in digitaler Form zugeordnet werden. Dies bot mir die Möglichkeit stets genau die Kategorien zu betrachten, die ich benötigte und schaffte mir einen sehr guten Überblick, welchen ich handschriftlich gegebenenfalls nicht gehabt hätte.

2.2. Darstellung und Interpretation der Ergebnisse

Im Folgenden werden nun die Ergebnisse der analysierten Interviews aufgeführt und miteinander verglichen. Sortiert nach den Kategorien des Kodierleitfadens werden die einzelnen Themenbereiche erläutert. Anschließend folgt ein Vergleich beider ExpertInneninterviews, in welchem erneut Bezug auf die Literatur genommen wird. Zuletzt wird ein zusammenfassendes Fazit meine Bachelorarbeit abschließen.

⁷⁵ Der Kodierleitfaden befindet sich im Anhang 9.

Um einen intensiveren Eindruck aus der Praxis der Suchtberatung zu erhalten, habe ich mich entschieden als erste Kategorie das typische Beratungsgespräch und als zweite Kategorie die Problematiken der KlientInnen in der Suchtberatung zu beleuchten. In der ersten Kategorie beschreiben beide ExpertInnen ihren alltäglichen Arbeitsablauf und gegebenenfalls wichtig Details über das Berufsfeld des/der SuchtberaterIn. Diese Kategorie dient lediglich der Orientierungshilfe in Bezug auf das Arbeitsfeld Suchtberatung, soll Kapitel 1.4. ergänzen und steht nicht in direktem Zusammenhang mit meiner Fragestellung. Dies gilt ebenfalls für Kategorie zwei. Aus diesem Grund werden diese Kategorien in der abschließenden Auswertung nicht direkt berücksichtigt, sondern nur im Falle einer Normabweichung durch das Auftreten einer Psychose miteinbezogen.

2.2.1. Das typische Beratungsgespräch

Der Erstkontakt mit den KlientInnen erfolgt, laut Ostertag, durch die offene Sprechstunde. Diese wird generell eher kurz gehalten, umfasst etwa 15-20 Minuten und dient einem ersten Face-to-Face-Kontakt (vgl. Ostertag, Z. 38-39). Ostertag beschreibt, dass diese Zeitspanne für sehr viele suchtkranke Menschen bereits lang genug ist (vgl. Ostertag, Z. 39-40).

„Man hat sich mal gesehen. Man hat das Problem angesprochen. Man hat vielleicht ein Stück weit die Erwartungen abgeklopft von dem Betreffenden, was er sich vorstellen kann, was er sich gar nicht vorstellen kann. Wenn es geht ein Stück weit Informationen geben über die weiteren Behandlungsmöglichkeiten. Das ist der typische Verlauf von einem Erstgespräch...“ (Ostertag, Z. 41-45)

Laut Ostertag werden je nach zeitlichen Möglichkeiten anschließend ebenfalls noch spezifischere Informationen über die Problematik erfragt. Hierbei sind insbesondere Fragen, wie beispielsweise wie lange die Sucht bereits besteht, welche Wirkung diesbezüglich im Mittelpunkt steht, welche Funktion das Suchtmittel bedient, welche Auswirkungen der Sucht wahrgenommen werden oder aus welchem Anlass der/die KlientIn nun hier in der Suchtberatungsstelle aufschlägt, gemeint (vgl. Ostertag, Z. 47-51). Hierzu ergänzt Ostertag „Weil das Problem ja nicht erst seit gestern besteht, sondern über viele Jahre. Was war jetzt? Was ist jetzt passiert damit jemand tatsächlich den Weg in die Beratungsstelle macht?“ (Ostertag, Z. 51-53). Als ebenfalls sehr wichtig für den Erstkontakt, insbesondere im Hinblick auf die in diesem Setting nur gering verfügbare Zeit ist, laut Ostertag, dass sehr genau abgewägt werden muss, was dem/der KlientIn zugetraut werden kann. Genauer gesagt ist hier die Aufnahmekapazität und das Interesse des/der KlientIn gemeint (vgl. Ostertag, Z. 59-60, Z. 64). Hier soll Überforderung definitiv vermieden werden. Des Weiteren beschreibt Ostertag diesbezüglich, dass in der Suchtberatungsstelle in Böblingen abstinenzorientiert beraten wird. Das alleine ist bereits schon eine große Hürde, beziehungsweise Anforderung für viele KlientInnen (vgl. Ostertag Z. 63-68). Auch

berichtet Ostertag davon, dass wenn KlientInnen die in einer akuten Suchtphase stecken in der Suchtberatung auftauchen, diese bevor man über Systeme spricht zu aller erst eine Notfall-Erstversorgung beziehungsweise Akutversorgung erhalten (vgl. Ostertag, Z. 29-31). Auch gibt es in der Suchtberatung eine Schweigepflicht. Ostertag beschreibt, dass „um nach außen hin irgendwie tätig zu sein, auch im Sinne eines Klienten, brauchen wir immer eine Schweigepflichtsentbindung“ (Ostertag, Z. 413-414). Weiter sagt Ostertag jedoch:

„natürlich kann ich, wenn ich das Gefühl habe, dass jemand sich oder Andere gefährdet, ... dann [den] Notarzt rufen, Einweisung. Aber gut, Einweisung läuft natürlich auch wieder über den Hausarzt.“ (Ostertag, Z. 420-424)

Schumann erklärt, dass es unterschiedliche Herangehensweisen in der Suchtberatung gibt (vgl. Schumann, Z. 27). Mit der Erläuterung zu seinem Vorgehen beginnt er bereits vor dem eigentlichen Erstgespräch. Er beschreibt, dass der/die BeraterIn sich bereits im Vorfeld darüber im Klaren sein muss, dass der Menschen dem er/sie gleich begegnen wird

„eine enorme Hemmschwelle überwinden muss in eine Suchtberatung zu gehen. Schuldgefühle, (...) so mit sich bringt und dann natürlich auch Ängste hat und in Folge dessen, in der Regel, ein sehr großer Widerstand da ist.“ (Schumann, Z. 31-34)

Schumann beschreibt auf der einen Seite den Widerstand der/des KlientIn, ein Beratungsgespräch in der Suchtberatung zu führen und auf der anderen auch das Interesse des/der KlientIn an einem solchen (vgl. Schumann, Z. 34-36). Dies betont er mit Nachdruck und erläutert es soll der Mensch im Mittelpunkt stehen und nicht in erster Linie das mögliche Suchtproblem (vgl. Schumann, Z. 38-40). Man muss sich außerdem als SuchtberaterIn auch immer die Not die der/die KlientIn hat vor Augen halten (vgl. Schumann, Z. 738). Weiter beschreibt Schumann, dass erst wenn er während des Gesprächs das Gefühl hat, dass der/die KlientIn zu einem gewissen Grad in der Suchtberatung ‚angekommen‘ ist, wendet er sich der Aufnahme der Hintergrundinformationen zu. Dies macht er wiederum davon abhängig, wie gesprächsbereit der/die KlientIn ist. Generell handelt er seine Arbeit möglichst transparent gegenüber dem/der KlientIn. Insbesondere in Bezug auf die Thematik Ängste, Hemmschwelle oder Widerstand legt er viel Wert (vgl. Schumann, Z. 41-48). Auch erwähnt Schumann die Problematik der gerichtlichen Auflage in der Suchtberatung. KlientInnen die aufgrund einer gerichtlichen Auflage in die Suchtberatung kommen, bringen, laut Schumann, oft großen Druck, teilweise auch Schuldgefühle, Ärger oder Aggression mit (vgl. Schumann, Z. 52-56). Hier bezieht sich der Suchtberater besonders auf die von ihm beschriebene transparente und anhand der Gesprächsbereitschaft des/der KlientIn orientierte Vorgehensweise. In Bezug auf ein erfolgreiches Beratungsgespräch nennt Schumann zudem das Wort ‚Feingefühl‘ und deutet auch darauf hin, dass ein(e) SuchtberaterIn Empathie mitbringen muss, da die

KlientInnen auch nicht immer alles direkt erzählen (vgl. Schumann, Z. 55-58). Trotz all der Fokussierung auf den Menschen und seine Gefühlswelt sagt Schumann, hat er immer das Ziel, über das Suchtproblem zu sprechen, vor Augen (vgl. Schumann, Z. 66-67). Auch ist es wichtig im Erstgespräch die Schweigepflicht der SuchtberaterInnen anzusprechen, um dem/der KlientIn Sicherheit zu signalisieren, dass Alles was in den Gesprächen besprochen wird nicht nach Außen getragen wird (vgl. Schumann, Z. 97-99). Es ist immer wichtig, das Arbeitsbündnis zwischen KlientIn und BeraterIn zu schützen (vgl. Schumann, Z. 976). Des Weiteren beschreibt Schumann den Konflikt den die KlientInnen oft mitbringen, wenn sie von einem/einer Angehörigen oder Ähnlichem angehalten wurden in die Suchtberatung zu kommen. Dieser Konflikt zeigt sich in der Unsicherheit des/der KlientIn ob der/die Schickende Recht hat oder nicht (vgl. Schumann, Z. 69-73). Auch beschreibt er die Wichtigkeit sich als BeraterIn über das sogenannte Doppelleben der KlientInnen bewusst zu sein. Dieses entwickelt sich in der Regel bei einer Abhängigkeit (vgl. Schumann, Z. 84-86). Schumann beschreibt hierzu, dass, "...jeder, der Probleme mit Stoff kriegt, mit Suchtstoffen, zwangsläufig Fähigkeiten entwickeln muss, das zu verbergen..." (Schumann, Z. 75-76). Schumann erläutert, dass mit dem Wort Doppelleben auf der einen Seite das 'normale Leben' in dem Niemand erwarten würde, dass der/die Betroffene Alkohol oder Drogen konsumiert und als Gegenstück die andere Seite, die sogenannte geheime 'Suchtseite', gemeint ist (vgl. Schumann, Z. 79-84). Oft ist den KlientInnen die Existenz dieses Doppellebens nicht bewusst (vgl. Schumann, Z. 87-88). Schumann berichtet weiter, dass wenn die Vertrauensebene aufgebaut und der Auftrag der Suchtberatung über die Sucht mit dem/der KlientIn sprechen zu können erreicht ist, alle Weichen für ein Arbeitsbündnis gestellt sind (vgl. Schumann, Z. 113-114, Z. 122-126). Dieses Arbeitsbündnis zu schaffen ist das Hauptziel für das Erstgespräch. Genauer gesagt ist das Ziel, dass der/die KlientIn mit dem/der SuchtberaterIn zusammenarbeiten möchte (vgl. Schumann, Z. 93-95). Wenn er dies erreicht hat wendet er sich erst den Fragen zum Konsumverlauf zu (vgl. Schumann, Z. 107-108). Weiter geht er mit seinen KlientInnen auf krisenhafte Ereignisse ein, welche am Ende, laut Schumann, ein Abbild der Problembereiche darstellen (vgl. Schumann, Z. 135-139). Auch involviert er den/die KlientIn in sein Vorgehen indem er dem/der KlientIn lediglich Vorschläge bezüglich des weiteren Vorgehens macht und sich für jeden weiteren Schritt die Zustimmung der/des KlientIn holt (vgl. Schumann, Z. 139-143, Z. 145-147). So erklärt er dem/der KlientIn:

"... wir sind jetzt ja nicht dabei jetzt schon zu beurteilen, wie Ihre Situation ist, sondern wir erforschen das jetzt und (...) wenn Sie das so machen würden, können [wir] dann immer wieder darüber sprechen, wie läuft es für Sie..." (Schumann, Z. 154-157)

Weiter erwähnt Schumann Techniken wie das 'Konsumtagebuch', welches er den KlientInnen bei Unsicherheiten über ihren tatsächlichen Konsum vorschlägt (vgl.

Schumann, Z. 147-154). Schumann berichtet, dass es erstaunlich ist, dass alle KlientInnen, insbesondere diejenigen die illegale Drogen konsumieren, gerne über ihren Konsum reden (vgl. Schumann, Z. 108-109). Gleichzeitig beschreibt er das Erläutern des Konsumverlaufs als eine sehr intime Sache (vgl. Schumann, Z. 164-166). Diese zwei sich teilweise vielleicht widersprechenden Äußerungen erklärt Schumann damit, dass mit dem Konsumverlauf ein großer Teil des Lebens der/des KlientIn verbunden ist (vgl. Schumann, Z. 111-112). Berichtet der/die KlientIn dann darüber, bietet das wiederum sehr viel Gesprächsstoff für das weitere Vorgehen (vgl. Schumann, Z. 170).

“...was ist denn mein Ziel? ... für den weiteren Verlauf ist es natürlich schon mein Ziel, das krisenhafte, das problematische deutlich zu machen und zwar aus seinem Mund. Nicht, was andere sagen, das haben wir ja ... Dagegen wehrt er sich... mein Ziel ist, dass ich irgendwie aus seinem Mund höre: “Ja, natürlich habe ich auch schon gedacht, so möchte ich nicht weiter trinken. Das geht nicht das stört mich.” (Schumann, Z. 170-177)

Schumann beschreibt, dass die Selbstwahrnehmung von Menschen mit Abhängigkeiten manchmal sehr verschoben ist (vgl. Schumann, Z. 316-317). So gilt es mit dem/der KlientIn das Problematische des Konsums zu verdeutlichen (vgl. Schumann, Z. 171-172). Weiter sagt Schumann, dass es dreier Voraussetzungen bedarf um eine Basis zu bilden weitere Vereinbarungen mit dem/der KlientIn treffen zu können. Diese stellen zum Einen die Bildung der Vertrauensebene, zum Anderen seine Einschätzung als SuchtberaterIn in Bezug auf das Konsumverhalten der/des KlientIn aber auch die Beurteilung der KlientInnen ihres eigenen Konsumverhaltens dar (vgl. Schumann, Z. 184-187). Diese Vereinbarungen sind dazu da, dass der/die KlientIn sich noch genauer damit auseinandersetzt an welchem Punkt sie/er gerade ist sowie gegebenenfalls Motivation für eine Veränderung aufzubauen (vgl. Schumann, Z. 188-190). Auch, erzählt Schumann, dass es neben der Art von KlientInnen die sich nicht sicher über ihre mögliche Konsumproblematik sind, auch diejenigen gibt, die bereits Therapieerfahrung mitbringen und mit dem Ziel eine Reha zu beantragen oder andere Hilfemöglichkeiten in Anspruch nehmen zu wollen in die Beratungsstelle kommen. Hier ist der Beratungsablauf in der Regel etwas anders (vgl. Schumann, Z. 191-198, Z. 207-208). In so einem Fall würde er zwar genauso viel Wert auf das Aufbauen von Vertrauen legen aber auch den Fokus mehr darauf setzen, was der/die KlientIn bereits an Therapie- oder Entgiftungserfahrung mitbringt (vgl. Schumann, Z. 200-202). Hierzu erläutert Schumann, dass es von sehr hoher Relevanz ist, ob jemand bereits in einer Entgiftung gewesen ist oder nicht. Dies hat den Hintergrund, dass diese Menschen an einem völlig anderen Punkt mit ihrem Konsum stehen (vgl. Schumann, Z. 203-204). “... das muss man sich ja mal vorstellen (...) der war im Krankenhaus wegen seinem Konsum...” (Schumann, Z. 203-205) betont Schumann mit Nachdruck. In Bezug auf die Weitervermittlung in die Entgiftung oder die Entwöhnung erläutert Schumann, dass jüngere KonsumentInnen

diese eher weniger nutzen (vgl. Schumann, Z. 217). Auch von einem/einer 25-jährigen KlientIn zu erwarten sein/ihr restliches Leben abstinent zu verbringen, ist nach Schumanns Ansicht völlig unrealistisch (vgl. Schumann, Z. 265-266). „...mit 25 ist man in der Regeln noch nicht so suchtkrank, oder so geschädigt, dass man diese Entscheidung finden kann“ (Schumann, Z. 269-270). Das besondere bei der Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist, dass nicht strickt nach dem typischen Schema (Abstinenzentscheidung, Ausstiegsmotivation und weiterführende Aktionen) gearbeitet werden kann (vgl. Schumann, Z. 272-276). Wichtig ist es insbesondere bei dieser Zielgruppe sich im Bereich der Suchtarbeit zu bilden, die Drogenkultur und –szene zu verstehen, die einzelnen Substanzen zu kennen und auch den juristischen Aspekt zu verinnerlichen (vgl. Schumann, Z. 278-283). Das besondere persönliche Interesse an der Thematik und dem Menschen ist sehr wichtig, da das Gegenüber merkt, wenn jemand kein wirkliches Interesse zeigt. Sollte der/die KlientIn diesen Eindruck bekommen, hat er/sie, laut Schumann, auch kein Interesse sich zu öffnen (vgl. Schumann, Z. 288-293). So berichtet Schumann, dass er versucht das Vertrauen zu seinen jüngeren KlientInnen aufzubauen und sich von dem Thema Bevormundung zu entfernen (vgl. Schumann, Z. 229-232). Hierzu sagt Schumann weiter:

“ich nähere mich dann schon dem Leben an, also ich gehe schon mehr ... auf diese, ich nenne es jetzt mal, Partyseite und auch auf diese ganzen komischen kriminellen Räubergeschichten und die spannenden Polizeigeschichten [ein].” (Schumann, Z. 232-234)

Auch bietet das Suchthilfezentrum Sindelfingen Gruppenangebote an (vgl. Schumann, Z. 218-219).

2.2.2. Problematiken der KlientInnen

Ostertag beschreibt, dass die vier Suchthilfezentren im Kreis Böblingen keine Aufteilung nach speziellen Substanzen oder Problematiken haben (vgl. Ostertag, Z. 9-10). Weiter berichtet Ostertag, dass die Mehrheit der KlientInnen in der Suchtberatung eine Alkoholproblematik aufweisen. Bei reinen Cannabiskonsumenten handelt es sich bei ihren KlientInnen um etwa 10% (vgl. Ostertag, Z. 83-84). Mischformen schätzt die Suchtberaterin auf etwa 10-20% (vgl. Ostertag, Z. 103). Mit Mischformen sind KlientInnen die mehrere Diagnosen gleichzeitig haben beziehungsweise eine Hauptdiagnose, jedoch nebenher auch andere Substanzen konsumieren, gemeint (vgl. Ostertag, Z. 80, 82-83, 90-92). Auch andere illegale Drogen sind Alltag der Suchtberatungsstelle (vgl. Ostertag, Z. 11-12). Ein Themenfeld, indem, laut Ostertag, alle SuchtberaterInnen noch am Lernen sind,

stellen Substanzen die unter dem Namen ‚Legal Highs‘⁷⁶ immer bekannter werden dar (vgl. Ostertag, Z. 14-15).

Schumann beschreibt, dass im Suchthilfezentrum in Sindelfingen bei illegalen Drogen, Alkohol sowie Glücksspiel beraten wird (vgl. Schumann, Z. 14-16). Neben illegaler Drogen, wie beispielsweise Cannabis und Partydrogen, tauchen mittlerweile auch die sogenannten ‚Legal Highs‘ auf (vgl. Schumann, Z. 219). So konsumieren manche ‚Kräutermischungen‘ oder auch ‚Badesalz‘ (vgl. Schumann, Z. 317-318). Auch wird die Suchtberatungsstelle in Sindelfingen mit dem Problem ‚kiffen und zocken‘ konfrontiert (vgl. Schumann, Z. 330-331). Hierzu Schumann:

„...Online zocken, Online spielen, kiffen und zocken. Das ist auch immer ein Running Gag in der Drogengruppe, da grinsen alle. Also, das ist allen Kiffern klar, ... es gibt Kiffer-Beschäftigungen und zocken ist eine davon.“ (Schumann, Z. 331-333)

2.2.3. Die Cannabiskonsumstörung

2.2.3.1. Anzahl der KlientInnen mit der Diagnose Cannabiskonsumstörung

Ostertag berichtet von etwa 10% ihrer KlientInnen mit reiner Cannabisproblematik (vgl. Ostertag, Z. 77). Weiter ergänzt sie, dass sie etwa drei bis vier KlientInnen im Jahr mit reiner Cannabisabhängigkeit hat (vgl. Ostertag, Z. 151-152) und, dass dies „...nicht so häufig in der Beratung [auftaucht]“ (Ostertag, Z. 78). Die Suchtberaterin beschreibt hierzu, dass besonders die Mischformen heutzutage sehr verbreitet sind. Mit Mischformen ist gemeint, dass neben dem Cannabiskonsum phasenweise auch andere Substanzen konsumiert werden (vgl. Ostertag, Z. 80-82). Ostertag erläutert, dass der Prozentsatz in Bezug auf die Cannabisproblematik auf etwa 10-20% steigt, inkludiert man hier diverse Mischformen (vgl. Ostertag, Z. 90, Z. 103).

Schumann ist der Ansicht, dass die Anzahl der KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung in jüngster Zeit wieder zugenommen hat (vgl. Schumann, Z. 300-301). Weiter erläutert er, dass Cannabis seiner Ansicht nach der aktuelle Trend ist und schätzt seine KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung auf etwa 20-

⁷⁶ Legal Highs lassen sich wie folgt beschreiben: „Sie tragen fantasievolle Namen wie Cloud Nine, Jamaican Gold, Spice oder Orange High und werden als Badesalze, Kräutermischungen oder Reiniger frei im Internet verkauft ... Legal Highs – ein Trend, der seit einiger Zeit unter Jugendlichen kursiert und immer beliebter wird. Die Rauschmittel sind angeblich legal und zudem für die Konsumenten völlig ungefährlich – das behaupten zumindest die Verkäufer ... In Wirklichkeit häufen sich seit einiger Zeit die Meldungen über Todesfälle im Zusammenhang mit Legal Highs – es handelt sich hierbei ... um knallharte Psycho-Drogen aus dem Chemie-Labor.“ (Baykara, 26.11.2016)

30% (vgl. Schumann, Z. 309-310). Gleichzeitig berichtet Schumann davon, dass KlientInnen mit reiner Cannabisproblematik eher selten sind und, dass die meisten KlientInnen auch bereits andere Substanzen probiert haben (vgl. 312-314).

2.2.3.2. Alter der KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung

Ostertag schätzt das Alter ihrer KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung auf etwa

„18-23? Also noch jüngere kommen ja nicht. Die kommen ja nicht mit 16. Die kommen ja dann erst ein bisschen später, weil ... die Auswirkungen der Sucht dann erst zwei, drei, vier, fünf Jahre später sich manifestieren. Am Anfang vom Konsum kommt ja keiner hier in die Beratungsstelle.“ (Ostertag, Z. 116-119)

Weiter erläutert die Suchtberaterin, dass Cannabiskonsum oft in der Jugend beginnt und schätzt den generellen Beginn des Konsums von Cannabis auf das Alter von 12-16 Jahren (vgl. Ostertag, Z. 119-120, Z. 127, Z. 132).

Auch Schumann berichtet, dass sein jüngster Klient dieses Jahr 14 Jahre alt war. Diese Altersgruppe kommt normalerweise dann auch nicht alleine, sondern zusammen mit den Eltern und/oder dem Jugendamt in die Suchtberatungsstelle (vgl. Schumann, Z. 327-329). Weiter schätzt Schumann das Alter seiner KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung auf „... 17, 18, also schon an der Grenze der Volljährigkeit und dann steigt es stark an...“ (Schumann, Z. 335-336). Den Anstieg des Cannabiskonsums in diesem Alter erklärt Schumann damit, dass Jugendliche während sie noch zur Schule gehen nur sehr eingeschränkte Geldmittel zur Verfügung haben und auch noch nicht so risikobereit sind, beziehungsweise auf die Idee kommen durch den Verkauf von Drogen Geld zu verdienen. Mit Beginn einer Ausbildung steigt dann die Summe an Geld, die man zur Verfügung hat. Auch ist man dann unabhängiger und kommt auf neue Ideen (vgl. Schumann, Z. 337-345) wie beispielsweise „... ich könnte nach Holland fahren, mir selber was holen, was verkaufen.“ und so weiter. Also, deswegen würde ich sagen, ab 18, 19, 20 da wird es dann deutlich mehr...“ (Schumann, Z. 346-348). Bei der Frage nach der Obergrenze benennt Schumann etwa das Alter von 26. Hier erläutert er, hören die Menschen dann entweder auf, was eher die Mehrheit der Leute betrifft (vgl. Schumann, Z. 349-351), oder werden zu „... langfristigen Kiffer, die aber so ihr Leben geregelt kriegen, immer wieder mal Schwierigkeiten haben...“ (Schumann, Z. 351-353). Weiter beschreibt Schumann, dass es an dieser Stelle auch zu einer Konsumverlagerung kommen kann. Hierzu erläutert er, dass das Cannabis dann von einer anderen Substanz abgelöst wird oder sich auch ein Mischkonsum entwickelt (vgl. Schumann, Z. 353-355).

2.2.3.3. Auswirkungen des Cannabiskonsums

Ostertag beschreibt, dass bei Beginn des Cannabiskonsums erstmal keine spürbaren negativen Auswirkungen auftreten. Diese machen sich erst im späteren Verlauf bemerkbar (vgl. Ostertag, Z. 127-128). Bei Beginn des Konsums von Cannabis in der Jugend können, laut Ostertag, Probleme in Bezug auf die eigene Identitätsfindung auftreten (vgl. Ostertag, Z. 132-133). Hier kommen dann Fragen auf wie:

„Wo gehöre ich hin? Wo will ich hin? Was will ich aus meinem Leben machen? Welchen Sinn hat mein Leben? Woran habe ich Spaß? ... was möchte ich beruflich machen? Auch die Geschlechtsentwicklung finde ich, leidet dann manchmal, dass ich nicht so recht weiß ... Die weibliche und die männliche Identität sind dann manchmal etwas gedämpfter. (...) Es ist so ein hängen bleiben in einer pubertären Phase ... wo sich dann eben ein 23-jähriger immer noch wie ein 16-jähriger benimmt.“ (Ostertag, Z. 133-139)

Weiter beschreibt Ostertag, dass die auffälligste Auswirkung des Cannabiskonsums das Entwickeln einer gewissen ‚Laschheit‘ bei den KonsumentInnen ist. Hier ergänzt die SuchtberaterIn, dass diese Menschen resignieren (vgl. Ostertag, Z. 139-140) und eine Einstellung mit dem Motto „... Komme ich heute nicht, komme ich morgen...“ (Ostertag, Z. 140-141) entwickeln. Auch erwähnt Ostertag, dass Cannabiskonsum eine kriminelle Seite mit sich bringt und die KonsumentInnen, sollten sie erwischt werden, gegebenenfalls mit strafrechtlichen Konsequenzen rechnen müssen (vgl. Ostertag, Z. 141-143). Auch die Vernachlässigung vieler anderer Aspekte sind weitere Auswirkungen des Cannabiskonsums. Hier nennt Ostertag Hobbies, die Schule beziehungsweise den Beruf sowie Freundschaften und im Allgemeinen Interessen (vgl. 145-146). Cannabiskonsumenten kommen, laut Ostertag, „... nicht in die Pötte...“ (Ostertag, Z. 146). Auch erwähnt die Suchtberaterin die oft positiv empfundene Seite des Cannabiskonsums. Hierzu berichtet sie, dass manche Menschen Cannabis auch dazu nutzen große Ängste oder große Unsicherheit selbst zu therapieren. Somit kann Cannabis bei Angst oder Verunsicherung dämpfend wirken (vgl. Ostertag, Z. 155-157). Weiter erzählt Ostertag, dass Cannabis bis zu einem gewissen Punkt auch gesellig macht. Hiermit ist gemeint, dass es jedoch irgendwann umschlägt und zu der bereits erwähnten Vernachlässigung von beispielsweise Interessen und Freunden führt (vgl. Ostertag, Z. 184-186). Auch empfinden manche Menschen den Konsum von Cannabis als hilfreich bei der Alltagsbewältigung und gegen depressive Stimmungen (vgl. Ostertag, Z. 129-132).

Schumann erwähnt, dass bei jungen KonsumentInnen bei denen die Konsumzeit noch nicht sehr lange anhält, noch keine Anhäufung von heftigen Krisen stattgefunden hat (vgl. Schumann, Z. 227-228). Im Allgemeinen benennt er, in Bezug auf die Auswirkungen des Cannabiskonsums, krisenhafte Erlebnisse und die sogenannte Risikoseite des Konsums (vgl. Schumann, Z. 223-224). Weiter erwähnt Schumann den Begriff der Subkultur: „Drogenkonsum geht nicht ohne Subkultur ... Kiffer brauchen Kiffer ... wer regelmäßig

kiff, kennt mit der Zeit immer mehr andere Drogenkonsumenten" (Schumann, Z. 242-244). Der Suchtberater erläutert, dass die Subkultur das bereits erwähnte Doppelleben miteinschließt (vgl. Schumann, Z. 245-246). Diese Subkultur umfasst Beziehungen, Freundschaften und Freizeitgestaltung in der Drogenszene (vgl. Schumann, Z. 252-253). In Bezug auf das Doppelleben erwähnt Schumann an dieser Stelle die Kreativität die hier, seines Erachtens, notwendig ist, um das Doppelleben aufrecht zu erhalten (vgl. Schumann, Z. 75-78). Dies kann ebenfalls als Auswirkung des Cannabiskonsums gesehen werden. Schumann geht des Weiteren auf die hallozinatorische Wirkung des Cannabisrausches ein. Hier beschreibt er als Auswirkung die empfundene Zeitdehnung (vgl. Schumann, Z. 398-401). Dies ist, laut Schumann, eine Halluzination, genauer gesagt eine Wahrnehmungsstörung (vgl. Schumann, Z. 407-408). Auch beschreibt er als Auswirkung des THC-Rausches ein sogenanntes monomanisches Verhalten. Hier erläutert er, dass viele KifferInnen im Rausch dann nur Musik hören, nur zocken oder nur fernsehschauen (vgl. Schumann, Z. 409-411). Auch bringt der Cannabiskonsum immer eine Steigerung der Dosis mit sich (vgl. Schumann, Z. 134-135). Schumann beschreibt außerdem das Auftauchen von paranoiden Gefühlen durch den Cannabiskonsum: „... ab einer gewissen Grenze kommt ein paranoides Gefühl auf ... Andere Drogen liefern das auch, aber Cannabis eben auf jeden Fall auch" (Schumann, Z. 470-471).

2.2.3.4. Gründe für den Konsum von Cannabis bei Jugendlichen

Ostertag ist im Hinblick auf die Gründe für den Cannabiskonsum bei Jugendlichen der Ansicht, dass Cannabis immer noch als Einstiegsdroge fungiert (vgl. Ostertag, Z. 173-174). Cannabis ist relativ verfügbar und wird oft als harmlose Droge dargestellt, was Cannabis gegebenenfalls attraktiver für junge Menschen macht (vgl. Ostertag, Z. 182-183). Cannabis macht zudem bis zu einem bestimmten Punkt gesellig (vgl. Ostertag, Z. 184-185). Im Allgemeinen wird Cannabis teilweise „... im Sinne einer Selbstmedikation oder Selbstheilung..." (Ostertag, Z. 231-232) genutzt. Hier wird beispielsweise auf eine Angstreduktion abgezielt oder es dient als Antidepressiva (vgl. Ostertag, Z. 229-230). Weiter ist bezüglich der Gründe für den Konsum im jungen Alter die Peergroup ausschlaggebend. Diese entscheidet darüber ob eine Substanz ausprobiert wird oder nicht (vgl. Ostertag, Z. 169-171).

Schumann benennt an dieser Stelle die Risikoseite des Konsums als sehr wichtig und erwähnt den Wunsch der jungen Menschen nach diesem Risiko (vgl. Schumann, Z. 224-225). Weiter berichtet Schumann:

„junge Drogenabhängige oder Drogenkonsumenten fühlen sich ja wesentlich cooler, als die, die keine Drogen konsumieren ... diese Zugehörigkeit zu einer

speziellen Szene eben ... dieses "Ich", dieses Gangsterfeeling, das damit zu tun hat, "Wir machen was Illegales. Wir haben Geheimnisse. Wir wissen Dinge, die andere nicht wissen." ... Das Ganze ergibt ja eine Kulisse, die speziell ist ... Und die auch reizvoll ist..." (Schumann, Z. 235-241)

Weiter erklärt Schumann, dass die Suchtseite des bereits mehrfach erwähnten Doppellebens auch einen gewissen Glanz hat. Hier gehören ebenfalls unterschiedliche Musikrichtung dazu (vgl. Schumann, Z. 247-248). An dieser Stelle erwähnt er Hip-Hop bei den KifferInnen. Insbesondere in den 90er Jahren hat diese Kombinationen, laut Schumann, ihr Hoch gehabt. Dies ist heute zwar immernoch so, jedoch nicht mehr in dem Umfang in dem es in den 90er Jahren stattgefunden hat. Und genau diese Verbindung aus Musik, Substanzkonsum, Beziehungen und Freizeitgestaltung bildet eine Kultur, welche die jungen Menschen sich, laut Schumann, nicht wegnehmen lassen wollen (vgl. Schumann, Z. 250-253). Weiter erklärt Schumann, dass Cannabis unter den illegalen Drogen im Allgemeinen die größte Rolle spielt (vgl. Schumann, Z. 1066-1067).

2.2.4. Wissen zu psychotischem Verhalten

Ostertag berichtet, sie ist der Ansicht, dass es in jedem Menschen eine Disposition gibt, an einer Psychose erkranken zu können (vgl. Ostertag, Z. 160-161). Mit einer Psychose geht, laut der Suchtberaterin, immer große Angst einher (vgl. Ostertag, Z. 213-214, Z. 316-317). Auch sagt sie, dass es unterschiedlichen Formen von Psychosen gibt (vgl. Ostertag, Z. 238). Ostertag beschreibt beispielsweise Psychosen die halluzinatorische Wahnvorstellungen, Ängste, Verunsicherung und Realitätsverlust mit sich bringen (vgl. Ostertag, Z. 239-240). Sie benennt akustische Halluzinationen als typisch für eine Psychose, erläutert aber, dass es auch andere Formen von Halluzinationen gibt. Weiter beschreibt sie, dass auch Verfolgungsängste oder eine allgemeine Verunsicherung mit einer Psychose einhergehen können (vgl. Ostertag, Z. 242-244). Die Suchtberaterin erklärt: „Psychose meint ja auch die manisch-depressiven Erkrankungen oder die Schizophrenie also wirklich so geteilte Persönlichkeit“ (Ostertag, Z. 250-251). Ostertag erläutert, dass psychotische KlientInnen in ihren Erzählungen manchmal auch ausarten (vgl. Ostertag, Z. 312-313). Im Hinblick auf selbstgefährdendes Verhalten berichtet Ostertag, dass sie bislang keine/keinen psychotische/psychotischen KlientIn in der Beratung hatte der/die sich selbst gefährdet hat (vgl. Ostertag, Z. 421-423). Weiter erklärt sie, dass Menschen in akuten Psychosen teilweise für Informationen oder generell für die Realität außerhalb ihrer eigenen Realität nicht aufnahmefähig sind (vgl. Ostertag, Z. 263-265). Auch kommen sehr junge psychotische KlientInnen teilweise in Begleitung eines Erwachsenen in die Suchtberatungsstelle (vgl. Ostertag, Z. 388-389). Im Allgemeinen sagt Ostertag:

„...ich denke schon, dass man sagen kann man kriegt schon mit wenn jemand irgendwo in einer anderen Welt lebt, also nicht meine Realität hat, sondern eine Realität, die außerhalb meiner Realität liegt.“ (Ostertag, Z. 240-242)

Hierzu ergänzt sie, dass psychotische, beziehungsweise psychiatrische Erkrankungen für die Außenwelt viel stärker auffallen, als beispielsweise der Cannabiskonsum (vgl. Ostertag, Z. 240-242, Z. 348-350). Weiter beschreibt Ostertag, dass daher diese Problematik in der Regel vorrangig zur Abhängigkeitserkrankung zu behandeln ist. Dies geschieht dann in einer psychiatrischen Klinik (vgl. Ostertag, Z. 350-352).

Auch Schumann erläutert, dass das Thema Prädisposition in Bezug auf die Entwicklung einer Psychose von Bedeutung ist (vgl. Schumann, Z. 375-376). Neben der Prädisposition gibt es jedoch auch andere Auslöser für die Psychose wie beispielsweise bestimmte Ereignisse oder auch der Drogenkonsum (vgl. Schumann, Z. 379-380). Schumann vergleicht die Diagnosen von psychotischen Störungen mit der ADS- oder auch ADHS-Diagnose und sieht zwischen diesen Störungsbildern Parallelen (vgl. Schumann, Z. 382-384). Er erläutert, dass es bei psychotischen Erkrankungen um eine höhere Empfindlichkeit geht und ADS als eine Störung der Reizübertragung bezeichnet wird (vgl. Schumann, Z. 385-387). Hier ist die Parallele, dass es bei beiden Erkrankungen um eine empfundene Sensibilität der Wahrnehmung geht (vgl. Schumann, Z. 412-413). Menschen in psychotischen Episoden sind, laut Schumann, komplett verändert (vgl. Schumann, Z. 480). Weiter sagt er:

„die Empfindlichkeit ... da ist was kaputt gegangen, habe ich den Eindruck. Die lässt sich nicht mehr runterfahren. Also, es ist so eine höhere Aufmerksamkeit und Sensibilität da, meistens so auch ein bisschen in Richtung Paranoia, also, wenn die ins Beratungszimmer kommen, finde ich, merkt man das sofort, ... wie die mich als Berater anschauen, dass erstmal der Raum angeguckt wird und ... dass auch ... von der Gesprächserwartungshaltung eine Ausstrahlung ausgeht, die viel (...) mehr Empfindlichkeit zeigt, als bei jemand, der überhaupt nichts mit Psychose zu tun hat.“ (Schumann, Z. 482-489)

Menschen mit psychotischen Störungen haben, laut Schumann, eine spezielle Wahrnehmung, die von dem/der Betroffenen auch absolut als real wahrgenommen wird (vgl. Schumann, Z. 496, Z. 500-501, Z. 777-778). Weiter erklärt Schumann, dass aus dieser Empfindlichkeit eine höhere Ängstlichkeit entsteht. Auch erkennt man an teilweise wirren Äußerungen der KlientInnen, dass etwas bei ihnen anders ist, als bei nicht-psychotischen Menschen. Diese kommen teilweise von der Psychose aber teilweise auch von der medikamentösen Einstellung der KlientInnen (vgl. Schumann, Z. 588-592). Auch entsteht, laut Schumann, durch diese erhöhte Empfindlichkeit eine gewisse Anhänglichkeit bei den KlientInnen, wenn der Beratungsverlauf gut gelingt (vgl. Schumann, Z. 491-493). Am Beispiel von Verfolgungswahn berichtet Schumann, wie sich die Wahrnehmung eines psychotischen Menschen über eine andere Person drastisch ändern kann (vgl. Schumann, Z. 954-957). Hierzu erläutert Schumann: „Also,

es ist schon klar, das ist mein Vater, aber der ist manchmal (...) auch für die Polizei, die mich verfolgt..." (Schumann, Z. 956-957). Auch im Hinblick auf die Krankheitseinsicht, meint Schumann, kann es durchaus vorkommen, dass der/die KlientIn die Psychose einfach nicht wahrnimmt (vgl. Schumann, Z. 922-927). Andere KlientInnen können wiederum sogar sehr offen über ihre Psychose reden. So berichtet Schumann von einer Klientin:

"..."Ich bin irre."... sagt eine Klientin auch, "Ich bin wirklich so, also ich weiß auch, dass ich manchmal so in diesem Bereich bin und wenn das switcht, dann bin ich auch gefährlich vielleicht sogar ... Aber ich will das gar nicht, oder ich kann dann auch gar nicht mehr so denken..." (Schumann, Z. 938-941)

Ebenso kann es bei Psychosen zu einem sogenannten Schwarz-Weiss-Denken kommen (vgl. Schumann, Z. 928-929). Schumann erläutert, dass psychotische KlientInnen zudem unpassende Themensprünge machen, ohne Sinnzusammenhang oder erkennbaren Übergang (vgl. Schumann, Z. 671-673, Z. 722-725). Dies lässt sich durch einen überdurchschnittlich hohen Gedankenfluss bei den Betroffenen erklären und kommt teilweise einher mit einem übertriebenen Redefluss, beschreibt Schumann (vgl. Schumann, Z. 676-678).

" Es sind so viele Daten präsent zu einem Thema, ... es wird zu einem Thema geredet und das gerät plötzlich in die Nähe von was völlig anderem, dass sie aber genauso stark emotional in ihrer Erinnerung ... belastet hat und schwupp, hat sie da weiter geredet..." (Schumann, Z. 677-681)

Weiter spricht Schumann von einer Planlosigkeit und einer Unsortiertheit in den sprachlichen Äußerungen der Betroffenen (vgl. Schumann, Z. 719-720). Auch ist er der Ansicht, dass Selbsterfahrung in Bezug auf das Verstehen der Psychose eine große Rolle spielt (vgl. Schumann, Z. 367, Z. 377-378). Hierzu sagt er weiter: "...um Psychose zu verstehen ... reicht es, finde ich, nicht, (...) einen Menschen zu beobachten, der psychotisch ist..." (Schumann, Z. 370-371). So berichtet der Suchtberater, dass er um das Thema Psychose besser nachvollziehen zu können, unter größten Vorkehrungsmaßnahmen eine Selbsterfahrung mit LSD versucht hat (vgl. Schumann, Z. 503-504). Er hat diese Drogen für seine Psychose-Selbsterfahrung gewählt, weil er der Ansicht ist, dass der LSD-Rausch dem Erleben einer Psychose am Nahesten kommt (vgl. Schumann, Z. 505-509). Schumann beschreibt:

"...ich hatte in meinem ganzen Leben noch nie so eine Panik, also es war grauenvoll, die erste Stunde von dem Rausch, also ich habe gedacht, ich muss sterben. (...) Aber was danach passiert ist, ist unfassbar. Also, es ist (...) eine Parallelwelt, die da entsteht. Es ist nicht in Worte zu fassen, es ist wirklich verrückt (...) Also deswegen, alles was darüber gesagt wird (...) ist eigentlich nicht ausreichend, kann man gar nicht in Worte fassen." (Schumann, Z. 510-523)

Schumann zieht daraus den Schluss, dass eine Psychose zwei Seiten hat (vgl. Schumann, Z. 550-551). Er beschreibt auf der einen Seite die bedrohliche,

angsteinflößende Seite und auf der anderen die lustvolle, schützende und entspannende Seite (vgl. Schumann, Z. 552-555). Schumann berichtet, er hat als Suchtberater die Erfahrung gemacht, dass manche KlientInnen, mit nur mäßigen paranoiden Empfindungen, die Psychose als Teil von sich selbst empfinden und diese auch nicht aufgeben wollen. Hier beschreibt er, die Psychose als identitätsstiftend für diese KlientInnen (vgl. Schumann, Z. 560-566). Dass die Psychose ein Teil des/der KlientIn ist sieht Schumann ebenso (vgl. Schumann, Z. 575-576). Weiter berichtet er:

“... der spürt, ob er da abgewertet wird ... weil das wird der nämlich dauernd, ... Und ich erlebe das auch, diese Abwertung gegenüber so diesem psychotischen Erleben, oder Verhalten ähnlich, wie die Abwertung gegenüber Menschen mit Suchtproblemen, ... wo [es] im Grunde genommen ... in beiden Fällen [um] sehr verschiedene Erkrankungen, psychische Erkrankungen geht, aber die ... Außenwelt, die anderen (...) abwertend reagieren und kränkend ... und damit halt ... ausgrenzen und auch ein Teil zur Verstärkung des Problems, oder der Erkrankung beitragen.” (Schumann, Z. 576-583)

2.2.5. Wissen über Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose

Ostertag berichtet:

„... ich denke, dass es da eine bestimmte Disposition gibt psychotisch werden zu können und das kann natürlich sowohl durch Cannabis wie durch andere Drogen sehr vorangetrieben werden.“ (Ostertag, Z. 160-162)

Psychosen können, laut der Suchtberaterin, durch Drogen ausgelöst werden. Auch können Drogen verstärkend auf das Ausbrechen einer Psychose wirken (vgl. Ostertag, Z. 219-220). Weiter erläutert Ostertag, es ist gewiss, dass Cannabis eine Psychose bei Menschen auslösen kann, die dazu neigen eine Psychose zu bekommen (vgl. Ostertag, Z. 153-155). Typisch für eine drogeninduzierte Psychose, beschreibt Ostertag, sind Halluzinationen oder Wahnvorstellungen. Hier insbesondere auch der Verfolgungswahn (vgl. Ostertag, Z. 251-253). Auf der anderen Seite kann sich die drogeninduzierte Psychose auch in Form von „...affektiv sehr unruhig[em], sehr aufgebracht[em], sehr ängstlich[em]...“ (Ostertag, Z. 253-254) Verhalten zeigen. Die Suchtberaterin erzählt, dass psychotische KlientInnen, welche in die Suchtberatung kommen, normalerweise im Vorfeld bereits irgendwo psychiatrisch versorgt wurden. Dies ist, laut Ostertag, auch wichtig und notwendig (vgl. Ostertag, 216-218). Weiter beschreibt sie, dass es auch Fälle gibt, in welchen KlientInnen schon einiges an psychiatrischer Behandlungserfahrung in Bezug auf ihre Psychose mitbringen bis sie auf die Idee kommen, dass die Psychose vielleicht mit dem Konsum von Suchtmitteln zusammenhängen könnte (vgl. Z. 342-348). Hier ist es immer sehr wichtig, mit dem/der KlientIn auf Abstinenz hinzuwirken, da dies unerlässlich für eine medikamentöse als auch soziotherapeutische Behandlung ist. Man kann den unklaren psychischen Zustand von psychotischen KlientInnen nur wieder unter

Kontrolle bekommen, wenn das Suchtmittel wegfällt (vgl. Ostertag, Z. 221-224). Weiter berichtet die Suchtberaterin bezüglich der auslösender Funktion des Cannabis für Psychosen: „Das THC heute ist sehr viel stärker als früher und es ist viel unberechenbarer in welcher Intensität es auf dem Markt ist. Und daher kann es auch noch einmal richtig zuschlagen.“ (Ostertag, Z. 298-300). Ostertag beschreibt, dass sie schon immer gewusst hat, dass drogeninduzierte Psychosen existieren. Sie meint sich aber erinnern zu können, dass die Themen ‚psychiatrische Krankheitsbilder‘ und ‚süchtige Krankheitsbilder‘ während ihres Studiums eher wie zwei separate Themen besprochen wurden (vgl. Ostertag, Z. 195-201). Auch in ihrer systemischen Familientherapieweiterbildung ist das Thema Komorbidität, laut Ostertag, nicht angeschnitten worden (vgl. Ostertag, Z. 203-206).

Schumann sagt, wenn ein(e) KlientIn eine Psychose hat und dazu Drogen konsumiert, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass der Drogenkonsum den Ausbruch der Psychose vorangetrieben hat (vgl. Schumann, Z. 645-647). Als besonders kompliziert empfindet Schumann es, dass psychotische KlientInnen die Cannabis konsumieren den Zusammenhang zwischen der Psychose und dem Konsum oft vehement abstreiten (vgl. Schumann, Z. 649-655). Weiter sagt Schumann:

“Menschen, die ... anfällig sind, ... man kann auch sagen, die die Fähigkeit dazu haben, breiter wahrzunehmen, eine höhere Sensibilität zu besitzen, bei denen wirkt natürlich ein Stoff, der das noch praktisch katalysiert in verschiedene Richtungen, also logischer Weise auch noch krasser und da besteht natürlich das Risiko ... dass so jemand dann ... in eine sehr kritische Rauschsituation reinkommen kann. Also, das ist ja auch die Cannabispsychose ... das ist ja in der Regel damit verbunden, dass Rauschsituationen entstanden sind, die ... einfach zu weit gegangen sind...”

Der Suchtberater bestätigt klar den Zusammenhang von Cannabiskonsum und Psychose (vgl. Schumann, Z. 430). Weiter beschreibt er, dass Cannabis durch den halluzinogenen Effekt das Risiko mit sich bringt eine Psychose auszulösen/anzutreiben (vgl. Schumann, Z. 450-453). Hier sind prädispositionierte Menschen besonders gefährdet (vgl. Schumann, Z. 460). Schumann berichtet, dass das Thema Psychose und Sucht in seiner verhaltenstherapeutischen Fortbildung einen hohen Stellenwert erhalten hat. Dies begründet er damit, dass im Suchtbereich das Thema Psychose sehr wichtig ist (vgl. Schumann, Z. 1050-1056). In seinem Studium ist diese Thematik nicht aufgetreten (vgl. Schumann, Z. 1045-1047).

2.2.6. Vorkommen von Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose in der Praxis

Ostertag beschreibt das Vorkommen von Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose in der Suchtberatungsstelle Böblingen als nicht sehr häufig (vgl. Ostertag, Z. 194-195, Z. 435, Z. 437).

„... es passiert ja relativ selten, dass hier jemand wirklich im knalle psychotischen Zustand kommt (...) Wenn jemand unter Psychose leidet, dann läuft der nicht in erster Linie bei der Suchtberatung ein, sondern in der Regel kommt er entweder in die Psychiatrie oder zum Psychiater. Und erst wenn die Psychose wieder abklingt kommen die hierher, weil jemand gesagt hat: "Suchen Sie auch noch eine Suchtberatungsstelle auf. Und was können die Ihnen anbieten." (Ostertag, Z. 268-276)

Weiter schätzt Ostertag das Vorkommen von Komorbidität von Cannabiskonsumstörung und Psychose unter ihren KlientInnen auf drei bis vier Fälle im Jahr (vgl. Ostertag, Z. 292-293). Hierzu berichtet sie jedoch, dass sie sich nicht sicher ist, ob es bei diesen Fällen rein um Cannabis ging oder diese KlientInnen nicht auch mit anderen halluzinogenen Stoffen herumexperimentiert haben (vgl. Ostertag, Z. 296-298).

Schumann berichtet, dass von seinen etwa 20-30% an KlientInnen mit Cannabiskonsumstörung deutlich unter fünf Prozent eine komorbide Psychose haben (vgl. Schumann, Z. 530-531).

2.2.7. Umgang mit psychotischen KlientInnen

Ostertag berichtet, dass sie weder im Studium noch in ihrer systemischen Familientherapie Weiterbildung oder in Eigenrecherche Techniken im Umgang mit psychotischen KlientInnen gelernt hat (vgl. Ostertag, Z. 213). Weiter erzählt die Suchtberaterin, man muss beruhigend und geduldig mit dem/der KlientIn arbeiten. Es soll eine Überfrachtung von Informationen sowie eine übermäßige Informationsabfrage des/der KlientIn vermieden werden (vgl. Ostertag, Z. 266-268). Wichtig ist es zudem Angst zu reduzieren und dem/der KlientIn Sicherheit zu geben (vgl. Ostertag, Z. 215-216). Weiter beschreibt sie

„... ihn tatsächlich in seiner Realität abzuholen. Es hat herzlich wenig Sinn ihm deine Vorgehensweise überzustülpen, wenn er dafür gar nicht aufnahmebereit ist ... eher mal ihn seine Realität darstellen lassen...“ (Ostertag, Z. 310-312)

Anschließend soll man, laut Ostertag, auf die Realität des/der KlientIn versuchen einzusteigen. Weiter ist es zudem wichtig, herauszufinden, wie aufnahmefähig der/die KlientIn aktuell ist und was ihm/ihr gerade helfen würde. So soll sich Schritt für Schritt voran gearbeitet werden. Wichtig ist es hier erneut Überforderung oder Überlastung zu vermeiden und die Angst, die, laut Ostertag, bei Psychosen immer miteinhergeht, zu reduzieren

(vgl. Ostertag, Z. 313-317). Auch existiere, laut Ostertag, in Bezug auf die Abstinenzmotivation ein Unterschied zwischen einer reinen Suchterkrankung und einer Suchterkrankung die von einer Psychose begleitet wird:

„Es hängt natürlich auch von dem Menschen ab, ob der selber die Idee hat: "Die Drogen haben das mit mir gemacht", oder ob der die Idee hat: "Die Droge hilft mir ja mit der Angstseite zurechtzukommen". Und je nachdem wird er der Abstinenz natürlich positiver oder negativer gegenüberstehen. Wenn jemand wirklich herkommt und sagt: "Ich habe eine Psychose weil ich Drogen genommen habe". Dann wird er einsehen, motivierter sein etwas gegen seinen Drogenkonsum zu tun, wie wenn er sagt: "Naja, es hilft mir aber meine Ängste zu reduzieren und den Alltag zu bewältigen und nicht so depressiv zu sein"...“ (Ostertag, Z. 224-231)

Auch weist Ostertag bei der Weitervermittlung von KlientInnen mit der Doppeldiagnose Suchterkrankung und Psychose darauf hin, eine Klinik zu wählen, die beide Störungsbilder behandelt (vgl. Ostertag, Z. 321-323, Z. 325-329). Im Allgemeinen beschreibt Ostertag, dass sich durch eine Psychose die Beratungsroutine in der Suchtberatung verändert (vgl. Ostertag, Z. 260-261). Im Falle der Vermutung, ein/eine KlientIn ohne Psychosediagnose zeigt psychotisches Verhalten, beschreibt Ostertag, würde sie der/dem KlientIn oder dem/der begleitenden Angehörigen empfehlen Kontakt zur Psychiatrischen Institutsambulanz aufzunehmen und dort die Situation ärztlich begutachten zu lassen. Auch Kontakt zu einem Psychiater aufzunehmen wäre rein theoretisch denkbar, jedoch bedarf dies teilweise längerer Wartezeiten (vgl. Ostertag, Z. 361-364, 391-393). Weiter sagt sie jedoch, dass sie diese Situation so noch nicht in der Suchtberatung hatte (vgl. Ostertag, Z. 387).

Laut Schumann ist es wichtig, Interesse für den/die psychotische/psychotischen KlientIn zu haben, sich in seine/ihre Gefühlswelt einfühlen zu können und auf dieser ‚mitzuschwingen‘ (vgl. Schumann, Z. 478-479, Z. 585-586). Schumann erläutert hierzu, man soll erst einmal erzählen lassen und auch nicht versuchen gegen die Aussagen der KlientInnen über deren Wahrnehmung zu argumentieren (vgl. Schumann, Z. 573-574). Gerade das Ernstnehmen des/der KlientIn ist von zentraler Wichtigkeit (vgl. Schumann, Z. 777-778). Es hat zudem einen sehr positiven Effekt auf das Gefühl der KlientInnen, wenn diese den Eindruck erhalten, dass sie verstanden und nicht abgelehnt werden (vgl. Schumann, Z. 593-595). Schumann empfiehlt auch die Entwicklung einer individuellen Sprache mit dem/der KlientIn:

“Eine eigene Sprache zu haben, heisst, es gibt nach meiner Beobachtung Klienten, die können über ihre Psychose sprechen, es gibt welche die können gar nicht da drüber sprechen (...), oder sind erst dabei das zu lernen ... Es gibt Dinge, die kann man [dann] sagen und andere ... da tritt man demjenigen zu nahe...” (Schumann, Z. 629-634)

Zur Entwicklung einer eigenen Sprache gehört herauszufinden, ob der/die KlientIn zu diesem Zeitpunkt überhaupt schon über seine/ihre Psychose sprechen kann. Sollte der

Eindruck entstehen, dass der/die KlientIn bereits darüber sprechen kann, ist es wichtig, dies auch im Beratungskontext zu erproben, da Schumann es als sehr großen Vorteil sieht, wenn KlientInnen über ihre Krankheit sprechen können (vgl. Schumann, Z. 787-793). Weiter benennt Schumann die Motivationsarbeit hinsichtlich der Krankheitseinsicht als essentiell. So sehen manche psychotische KlientInnen, laut Schumann, ihre Psychose nicht und es ist an dieser Stelle an den SuchtberaterInnen den/die KlientIn schrittweise an den Punkt zu bringen, über seine/ihre Psychose sprechen zu können. Hier ist es wichtig eine Vertrauensbeziehung aufzubauen in der keine Abwertung stattfindet. Dies ist die Spezialaufgabe, die eine Psychose mit sich bringt (vgl. Schumann, Z. 920-936). Jedoch erwähnt Schumann hier eine Unsicherheit, ob es wirklich jedem/jeder psychotischen KlientIn möglich ist über seine/ihre Psychose zu sprechen (vgl. Schumann, Z. 942). Des weiteren ist eine hohe Sensibilität und ein hohes Einfühlungsvermögen im Umgang mit psychotischen KlientInnen in der Suchtberatung von zentraler Bedeutung (vgl. Schumann, Z. 663, Z. 759-760). Auch eine Flexibilität der eigenen Wahrnehmung ist im Umgang mit psychotischen Menschen wichtig, um ganz vorsichtig herauszufinden wie es dem/der KlientIn geht (vgl. Schumann, Z. 767-768). Insbesondere ist zudem eine hohe Aufmerksamkeit angebracht, da Menschen mit Psychosen oder der Neigung zu Psychosen, laut Schumann, in harmlosen Äußerungen manchmal wichtige Hinweise preisgeben, die dann von dem/der SuchtberaterIn wahrgenommen werden sollten (vgl. Schumann, Z. 664-668). Schumann erwähnt ebenfalls, dass das Tempo des Gesprächs mit einem/einer psychotischem KlientIn gegebenenfalls verlangsamt werden muss, um so den Bedürfnissen des/der KlientIn angepasst zu werden (vgl. Schumann, Z. 769-770). Sollten Spezialbedürfnisse gerade primärer Beachtung bedürfen, sollte der/die BeraterIn zudem in der Lage sein dies zu erspüren (vgl. Schumann, Z. 771-772). Auch beschreibt Schumann, dass es im Kontext der Psychose ebenfalls wichtig ist alternative UnterstützerInnen an der Hand zu haben, falls man als SuchtberaterIn mit der Thematik an seine Grenzen kommen sollte (vgl. Schumann, Z. 978-981). Hier nennt Schumann beispielsweise, wie wichtig der kontinuierliche Kontakt zum Psychiatrischen Behandlungszentrum in Böblingen für ihn ist (vgl. Schumann, Z. 1013-1014). Weiter sagt Schumann:

“... so diese Wege, die nach außen führen, ist man natürlich gut beraten, die zu pflegen und es ist halt insofern ... schwierig, weil ... wir haben nicht so oft Kontakt ... deswegen habe ich mir angewöhnt, ... immer, wenn so ein Klient da ist, dass ich mir dann in den Kalender schreibe "Mal wieder beim PBZ anrufen" ... Weil der ja auch zwischenzeitlich ... immer mal wieder dort ist ... so halt den Kontakt aufrecht zu erhalten (...) Es sind spezielle Außenkontakte, da haben wir hier den Sozialpsychiatrischen Dienst, die dann oftmals einbezogen sind, die wiederum haben eine Ärztin ... Und das ist aber wichtig zu wissen, dass es das alles gibt.” (Schumann, Z. 1020-1033)

Im Hinblick auf mögliches suizidales Verhalten oder ähnliche grenzwertige Situationen, sagt Schumann, dass er dem/der KlientIn im Vorfeld transparent macht, wie er beim Aufkommen einer solchen Situation dann vorgehen wird. Damit versucht er den/die KlientIn nicht in eine Situation zu bringen, die sie/ihn dann überfordert oder überrumpelt (vgl. Schumann, Z. 986-993, Z. 1009-1010). Er berichtet von einer Situation in der er dann beispielsweise sogar zusammen mit dem Klienten in der Psychiatrie angerufen hat (vgl. Schumann, Z. 999-1000, Z. 1012-1013). Allgemein beschreibt Schumann, dass er bei KlientInnen, denen ihre Psychose nicht bewusst ist, die aber bereits wegen psychotischem Verhalten in Behandlung sind/waren, anders reagiert als wenn diese noch nirgends angebunden sind (vgl. Schumann, Z. 618-620). Diese Anbindung an einen Facharzt ist wichtig. Dies legt Schumann seinen KlientInnen auch immer nahe, wenn mit diesen eine Gesprächsebene für ihre Psychose vorhanden ist (vgl. Schumann, Z. 866, Z. 885-886, Z. 876-877). Auch kann es in Bezug auf die Vorgehensweise helfen, diese Fälle im Team zu besprechen (vgl. Schumann, Z. 881-882). Die Besonderheiten die durch eine Psychose im Beratungskontext auftreten, verändern, laut Schumann, den Beratungskontext im Vergleich zu einer reinen Suchtberatung sehr (vgl. Schumann, Z. 615).

An dieser Stelle möchte ich anmerken, dass die zwei ExpertInneninterviews noch deutlich mehr Stoff für weitere Themenbereiche geboten hätten. Jedoch habe ich mich im Hinblick auf den nur begrenzt erlaubten Umfang dieser Thesis entschieden, Themenbereiche die weniger nah an meiner Fragestellung waren, auszublenden.

2.3. Auswertung der Ergebnisse

Im Folgenden werde ich nun nochmals genauer auf die Aussagen der ExpertInnen eingehen. Auch wird hier bereits erwähnte Literatur wieder miteinbezogen. Dabei soll der Schwerpunkt auf dem Zusammenhang von Cannabiskonsum und Psychose sowie der veränderten Beratungsroutine der Suchtberatung durch eine komorbide psychotische Störung liegen.

In Bezug auf den geschätzten Anteil reiner Cannabiskonsumenten geben beide ExpertInnen an, dass diese eher selten sind. Verbreiteter ist eher ein Mischkonsum. Hierbei handelt es sich um primären Cannabiskonsum mit phasenweise dem Konsum von weiteren Substanzen. Ostertag schätzt den Anteil ihrer Cannabiskonsumenten inklusive Mischkonsum auf etwa 10-20%. Schumann nennt hier etwa 20-30%.

Das Alter der KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung wird von beiden ExpertInnen in einem ähnlichen Bereich geschätzt. Ostertag nennt hier die Altersspanne 18-23 Jahre und erläutert der Konsumbeginn dieser KlientInnen liegt bei etwa

12-16 Jahren. Diese Differenz zwischen Konsumbeginn und Besuch in der Suchtberatung erklärt Ostertag damit, dass sich die Sucht zu Beginn des Konsums noch nicht manifestiert hat. Schumann schätzt das Alter seiner KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung auf bei 17-Jahren beginnend und mit Volljährigkeit drastisch ansteigend. Hier ist der Grund, dass die Jugendlichen während der Schulzeit noch nicht so risikobereit sind und ihnen ebenfalls die ausreichenden Geldmittel für die Rauschgiftbeschaffung fehlen. Dies ändert sich mit Beginn einer Ausbildung, was zu dem Anstieg der Cannabiskonsums mit etwa 18 Jahren führt. Schumann benennt zudem, dass mit etwa 26 Jahren bei dem Großteil der KonsumentInnen der Cannabiskonsum beendet wird oder eine Konsumverlagerung stattfindet. Der kleinere Teil der KonsumentInnen, die weder den Konsum beenden, noch zu einer alternativen Substanz greifen, werden zu langfristigen CannabiskonsumtInnen. Die Schätzung beider ExpertInnen decken sich mit der Aussage der aktuellen Drogenaffinitätsstudie: „... die Substanz, die in der 12- bis 25-jährigen Allgemeinbevölkerung für den Konsum illegaler Drogen bestimmend ist“ (Orth 2016, S. 54).

Im Hinblick auf das Thema Auswirkungen des Cannabiskonsums nennen beide ExpertInnen, dass sich bei Beginn des Konsums keine krisenhaften beziehungsweise negativen Erlebnisse anhäufen. Schumann spricht zudem von einer Risikoseite des Konsums, mit denen die Jugendlichen konfrontiert werden. Diese Risikoseite lässt sich meines Erachtens in der Aussage von Ostertag über die Konfrontation mit Kriminalität durch den Cannabiskonsum in Verbindung setzen, welche durch das Betäubungsmittelgesetz geregelt wurde. Ostertag beschreibt weiter, dass durch den Cannabiskonsum Probleme in der Identitätsfindung der Jugendlichen entstehen können und eine verzögerte Entwicklung stattfindet. Hier lässt sich meiner Meinung nach eine Parallele zu der Aussage von Meier et al. (2012) ziehen, welche über eine Gefahr berichten, dass Jugendliche durch den Cannabiskonsum unfähig werden können eine feste Persönlichkeit zu entwickeln. Auch berichtet Ostertag von einer resignierten Haltung, die CannabiskonsumtInnen zeigen. Weiter berichten Grotenhermen und Reckendrees (2006) über ein Rückzugsverhalten und eine Motivationslosigkeit, ausgelöst durch den Konsum von Cannabisprodukten. Dies bestätigt auch Ostertag, indem sie von einer Vernachlässigung von Interessen, Beziehungen und Hobbies berichtet. Diese Vernachlässigung lässt sich ebenfalls als 7. Kriterium für Abhängigkeit im DSM-5 und als 5. Kriterium in der ICD-10 finden. Ostertag erzählt weiter von einer angstlösenden, Verunsicherung reduzierenden und gesellig machenden Wirkung von Cannabis. Auch erwähnt sie, dass manche KlientInnen Cannabis auch nutzen, um ihren Alltag zu bewältigen und depressiven Stimmungen entgegen zu wirken. Schumann spricht an dieser Stelle von krisenhaften Ereignissen, die Resultat des Cannabiskonsums, beziehungsweise des damit verbundenen Lebensstils sind. Dies deckt sich ebenfalls mit den Beschreibungen von Grotenhermen und Reckendrees

(2006) über die negativen Auswirkungen, beziehungsweise Folgen des Cannabiskonsums. Weiter beschreiben die Autoren eine empfundene Zeitdehnung im Rauschzustand und die Steigerung der Dosis. Diese beiden Aspekte benennt auch Schumann. Weiter lässt sich aus der als Kriterium 4 in der ICD-10 und als Kriterium 10 im DSM-5 beschriebenen Toleranzentwicklung ableiten, dass KonsumentInnen um einen gleichwertigen Rauschzustand zu bewirken, die Dosis kontinuierlich steigern müssen. Auch beschreibt Schumann ein monomanisches Verhalten und Paranoia als mögliche Auswirkungen des Cannabisrauschs. Schumann berichtet ebenfalls von einer Subkultur, die durch den Lebensstil der CannabiskonsumentInnen entsteht. Diese schließt das sogenannte Doppelleben mit ein. Hier lässt sich eine Übereinstimmung mit der Aussage der DHS (2014) finden, die davon berichtet, dass die Cannabisszene einen unkonventionellen Lebensstil mit sich bringt und das auch eine mögliche Erklärung für die später unter anderem schlechtere Ausbildungsquote und höhere Arbeitslosigkeit von jugendlichen Cannabiskonsumenten ist. Hier lässt sich meiner Meinung nach die Beschreibungen des Begriffes Subkultur von Schumann in dem unkonventionellen Lebensstil der Cannabisszene wiederfinden.

Der bereits erwähnte Aspekt der gesellig machenden, angstreduzierenden und antidepressiven Wirkung den Ostertag nennt, lässt sich ebenfalls als möglichen Grund für die hohe Verbreitung des Cannabiskonsums unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehen. Hier nennt Ostertag ebenfalls die Worte Selbstmedikation und Selbstheilung, welche sich ebenfalls in Verbindung mit der von Gouzoulis-Mayfrank (2014) beschriebenen Selbstmedikationshypothese aus den 1990er Jahren setzen lässt. Auch beschreibt Täschner (2005) des Weiteren, dass Menschen mit abweichendem Verhalten versuchen sich ihrer Außenwelt anzupassen. Hierzu können ebenfalls Drogen genutzt werden. Weiter beschreibt Ostertag Cannabis als Einstiegsdroge. Diese Aussage lässt sich auch im DSM-5 finden. Hier wird diese Aussage damit begründet, dass

„... Personen mit regelmäßigem Cannabiskonsum im Laufe des Lebens mit wesentlich höherer Wahrscheinlichkeit andere, als gefährlicher eingeschätzte Substanzen ... konsumieren als Nicht-konsumenten.“ (Falkai/Wittchen 2015, S. 709)

Ostertag erklärt weiter, dass Cannabis oft sehr harmlos dargestellt wird. Dies könnte, meiner Meinung nach, neugierigen Jugendlichen etwas Angst vor dieser Droge nehmen und somit ein Erklärungsgrund sein, wieso diese eher zu Cannabis als zu anderen Drogen greifen. Weiter beschreibt Ostertag Cannabis als verfügbar. Hierzu lässt sich bei Gouzoulis-Mayfrank (2007) ein Hinweis auf den Konsum von Drogen aufgrund des Verfügbarkeitsstatus finden. Ostertag benennt bei den Gründen für den jugendlichen Cannabiskonsum ebenfalls die Peergroup. Hierzu lässt sich bei Täschners (2005) Ätiologie des Drogenkonsums ebenfalls ein Wunsch nach Angleichung an die Peergroup finden.

Weiter können Parallelen zu Aussagen über Einflussfaktoren in Bezug auf Gruppenphänomene, das heißt insbesondere den Gruppendruck und die ideologischen Orientierungen von Gruppen, gezogen werden. Dies deckt sich ebenfalls mit dem von Schumann beschriebenen Gangsterfeeling durch den Cannabiskonsum. Jugendliche wollen, laut Schumann, cool sein. Auch hat das sogenannte Doppelleben einen gewissen Glanz, beschreibt Schumann. Hierzu findet man in der Literatur ebenfalls bei Täschner (2005) Hinweise auf ein überhöhtes Geltungsbedürfnis, dass zu dem Nutzen des Rauschmittelkonsums als Statussymbol führen kann. Dieses überhöhte Geltungsbedürfnis lässt sich, meiner Meinung nach, gut auf die Situation der Identitätsfindung und allgemeinen Verunsicherung in der Pubertät übertragen und könnte somit ein Grund für den Cannabiskonsum bei Jugendlichen darstellen. Ferner beschreibt Schumann, dass der Konsum von Cannabis mit einer bestimmten kulturellen Vorstellung einiger Jugendlichen und/oder jungen Menschen verbunden ist. Diese kulturelle Vorstellung wollen sich die Jugendlichen und/oder jungen Menschen nicht wegnehmen lassen. Schumann greift erneut die bereits erwähnte Risikoseite des Drogenkonsums auf und beschreibt dieses Risiko als von den Jugendlichen gewollt. Auch sagt er, dass Cannabis verbreitet ist. Dies wird ebenfalls vom Robert-Koch-Institut und dem Statistischen Bundesamt bestätigt, da diese Cannabis als die in Deutschland am häufigsten genutzte und verkaufte illegale Droge betiteln.

Beide ExpertInnen berichten davon, dass jeder Mensch eine gewisse Prädisposition hat irgendwann einmal in seinem Leben an einer Psychose zu erkranken. Dies lässt sich so auch im DSM-5 wiederfinden. Weiter erläutern die SuchtberaterInnen, dass Psychose mit großer Ängstlichkeit und Verunsicherung einhergeht. Diese Verunsicherung der Betroffenen durch das Auftreten einer Psychose bestätigt ebenfalls Bock (2007). Halluzinationen und Wahnvorstellungen werden als Symptome einer Psychose außerdem von beiden ExpertInnen beschrieben. Insbesondere wird der Verfolgungswahn in Bezug auf eine Psychose von Ostertag sowie auch Schumann genannt. Halluzinationen und Wahnvorstellungen lassen sich im DSM-5 ebenfalls unter den Hauptmerkmalen für eine psychotische Störung finden. Weiter benennt Ostertag einen für Psychose typischen Realitätsverlust, während Schumann eine spezielle Wahrnehmung die für den/die KlientIn zu 100% real ist beschreibt. Dies lässt sich meiner Ansicht nach ebenfalls mit einander in Verbindung setzen und deckt sich mit den Beschreibungen des DSM-5 über Halluzinationen. Beide ExpertInnen erwähnen eine Besonderheit in den Äußerungen von psychotischen Menschen. Hier benennt Ostertag das mögliche Ausarten von Erzählungen, welches man gegebenenfalls stoppen muss. Schumann spricht ebenfalls von einem übertriebenen Redefluss sowie von wirren, unsortierten und planlosen Äußerungen und Themensprüngen. Hier lassen sich Parallelen zu Beschreibungen von formalen Denkstörungen, beziehungsweise desorganisiertem Denken, im DSM-5 finden. Diese zählen unter

anderem zu den Hauptmerkmalen psychotischer Störungen. Unter anderem werden im DSM-5 explizit, die von Schumann erwähnten, Themensprünge unter dem Begriff der ‚Assoziationslockerungen‘ beschrieben. Ostertag benennt als typisch psychotische Symptome weiter Verunsicherung und erwähnt, dass es unterschiedliche Formen von Psychosen gibt. Dies deckt sich mit den diversen psychotischen Störungen die im DSM-5 und in der ICD-10 unter diese Rubrik fallen. Auch nennt Ostertag explizit die Schizophrenie als eine psychotische Störung. Dies lässt sich durch beide Klassifikationssysteme bestätigen. Weiter sagt Ostertag, dass die manisch-depressiven Erkrankungen sowie die gespaltene Persönlichkeit ebenfalls zu den psychotischen Störungen zählen. Diese Aussage konnte durch das ICD-10 sowie das DSM-5 nicht bestätigt werden. Auch sind KlientInnen in akuten Psychosen, laut Ostertag, teilweise nicht mehr aufnahmefähig. Die Suchtberaterin beschreibt außerdem, dass psychotisches Verhalten für die Außenwelt sehr auffällig ist, was erklärt, wieso diese Erkrankung in der Regel vor der Suchterkrankung behandelt wird. Diese beschriebene Auffälligkeit für die Außenwelt lässt sich meiner Meinung nach, mit den im DSM-5 genannten Hauptmerkmalen erklären. Hier liegt nahe, dass wenn psychotische Menschen, je nach Ausprägungsgrad, beispielsweise Wahnvorstellungen, Halluzinationen, desorganisiertes Verhalten oder auch diverse Negativsymptome aufweisen, diese für nicht-psychotische Menschen durchaus auffallen können. Schumann beschreibt, dass Psychosen durch unterschiedliche Ereignisse, sowie durch den Drogenkonsum ausgelöst werden können. Bock (2007) nennt ebenfalls das Auftreten kritischer Lebensereignisse als möglichen auslösenden Faktor für Psychosen. Auch bestätigt das DSM-5 sowie die ICD-10, dass Drogenkonsum zu psychotischen Episoden, beziehungsweise auch psychotischen Störungen, führen kann. Weiter beschreibt Schumann, dass eine Psychose eine höhere Empfindlichkeit und Sensibilität der Wahrnehmung ist. Insbesondere im Verfolgungswahn kann, laut Schumann, die Wahrnehmung eines/einer psychotischen KlientIn spontan so umschlagen, dass eine neutral- oder sogar positivassoziierte Person zu einem/einer FeindIn wird. Auch kann durch eine gute Beziehungsgestaltung in der Beratung eine hohe Anhänglichkeit von Seitens des/der KlientIn entstehen. Schumann beschreibt weiter, dass die Krankheitseinsicht eines/einer psychotischen KlientIn von zentraler Bedeutung ist. Psychotische KlientInnen neigen, laut Schumann, außerdem zu einem Schwarz-Weiss-Denken. Auch hat, laut Schumann, eine Psychose zwei Seiten. Auf der einen die positiv empfundene schützende Seite und auf der anderen die negativ empfundene angsteinflößende Seite. Die Außenwelt begegnet psychotischen Menschen, laut Schumann, aufgrund ihrer Erkrankung oft mit Abwertung. Dies könnte mit den von Küchenhoff (2012) erwähnten Verfremdungsmechanismen zusammenhängen. Diese Abwertung führt, laut Schumann, nicht selten zu einer Verstärkung der Problematik der KlientInnen.

In Bezug auf die Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose sagen beide ExpertInnen, dass Drogenkonsum, speziell Cannabiskonsum, eine Psychose auslösen, sowie vorantreiben kann. Ebenfalls Grotenhermen und Reckendrees (2006) als auch die DHS (2014) beschreiben, dass Cannabiskonsum psychotische Symptome auslösen kann. Exner und Lincoln (2012) nennen ebenfalls Cannabiskonsum als möglichen auslösenden Faktor für eine Psychose. Weiter beschreiben die Autoren, dass eine gewisse Prädisposition für das Entwickeln einer Psychose hier ebenfalls eine wichtige Rolle spielt. Im DSM-5 lässt sich auch dieser Zusammenhang zwischen Prädisposition, Ausbruch einer Psychose sowie das Vorantreiben dieser durch den Konsum von Cannabis finden. Schumann beschreibt an dieser Stelle genauer, dass Cannabis aufgrund seines halluzinatorischen Effektes das Risiko des Ausbruchs einer Psychose erhöht. Dieses erhöhte Risiko durch den Cannabiskonsum wird durch Zimmit et al. (2002), Casper-Merk (2005), Andreason et al. (2007) und der DHS (2016) bestätigt. Beide ExpertInnen berichten davon, dass KlientInnen mit Cannabiskonsum und Psychose teilweise den Zusammenhang dieser beiden Erkrankungen, beziehungsweise das Vorantreiben oder gar Auslösen der Psychose durch den Cannabiskonsum, nicht sehen wollen. Oft wird dieser Zusammenhang vehement abgestritten. Ostertag berichtet, dass insbesondere Halluzinationen und Wahnvorstellungen sowie affektiv sehr unruhige, aufgebrachte oder gar ängstliche Stimmungen die Symptome einer drogeninduzierten Psychose sind. Für die Behandlung einer Psychose ist es, laut Ostertag, immer unerlässlich, dass der Drogenkonsum eingestellt wird. Weiter berichtet sie, dass das Thema Komorbidität von Suchterkrankungen und Psychose weder Teil ihres Studiums, noch Teil ihrer systemischen Familientherapieweiterbildung war. Schumann beschreibt, dass dieses Thema zwar nicht in seinem Studium vorgekommen ist, jedoch einen hohen Stellenwert in seiner verhaltenstherapeutischen Suchttherapeutenausbildung erhalten hat. Dies begründet er damit, dass das Thema Psychose für den Suchtbereich sehr wichtig ist. Diese Aussage suggeriert meines Erachtens, dass der Ausbruch einer Psychose in Verbindung mit dem Substanzkonsum keine Besonderheit darstellt. Was das tatsächliche Vorkommen dieser Form von Komorbidität in der Praxis der ExpertInnen angeht berichten beide, dass sie dies nur selten erlebt haben.

Ostertag als auch Schumann beschreiben eine hohe Sensibilität und ein hohes Einfühlungsvermögen als essentiell in der Arbeit mit psychotischen KlientInnen. Dies soll, laut Ostertag, helfen herauszufinden, was der/die KlientIn gerade braucht. Weiter soll, laut den ExpertInnen, geduldig ein Schritt nach dem anderen gegangen werden. Dies lässt sich auch den Aussagen von Bock (2007) entnehmen. Auch soll, laut den beiden ExpertInnen, gegebenenfalls das Gesprächstempo der Leistungs- und Aufnahmekapazität dem/der KlientIn angepasst werden. Hierzu beschreiben Drake und Mueser (2000), man

soll die Interventionsmaßnahmen der motivierenden Gesprächsführung an die kognitiven Einschränkungen der PsychoseklientInnen anpassen. Ostertag beschreibt die Wichtigkeit eines beruhigenden und angstreduzierenden Umgangs mit dem/der KlientIn. Schumann nennt in der allgemeinen Beschreibung seiner Beratungsroutine, dass es wichtig ist das Vertrauen des/der KlientIn zu gewinnen und ihn/sie ankommen zu lassen. Diese Aussagen der ExpertInnen lassen meines Erachtens Parallelen erkennen. Diese Parallelen sehe ich darin, dass es wichtig zu sein scheint, einen Vertrauensraum aufzubauen, indem der/die KlientIn sich wohl fühlt. Auch lässt sich das ebenfalls in der Literatur bei Aarolt, Reimer und Dilling (2011) wiederfinden, die im Umgang mit psychotischen KlientInnen beschreiben, es soll zu Beginn ein wichtiges Augenmerk auf Körpersprache, Gestik, Mimik und Zwischenmenschliches gelegt werden. Weiter beschreiben beide ExpertInnen, dass es wichtig ist, den/die KlientIn seine/ihre Realität darstellen zu lassen und auf diese Darstellung ein Stück weit einzugehen. Auch sind sich die SuchtberaterInnen einig über die Wichtigkeit der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Instanzen, um die Gewährleistung der Behandlung beider Störungsbilder zu sichern. Diese parallele Behandlungsform wird ebenfalls von Gouzoulis-Mayfrank (2014) erwähnt. Beide ExpertInnen bestätigen klar, dass eine psychotische Störung die Beratungsroutine in der Suchtberatung verändert. Ostertag beschreibt weiter, dass sie keine direkten Techniken im Umgang mit psychotischen Menschen gelernt hat. Wichtig sei jedoch, dass eine Überforderung oder Überlastung des/der KlientIn vermieden wird, indem beispielsweise Informationen je nach Aufnahmefähigkeit des/der KlientIn wohl dosiert an diesen/diese weitergegeben wird. Hier lässt sich erneut eine Parallele mit den Aussagen von Drake und Mueser (2000) ziehen. Auch soll, laut Ostertag, bei der Weitervermittlung in stationäre Rehabilitationsmaßnahmen eine Klinik bevorzugt werden, die beide Störungsbilder behandelt. Schumann beschreibt des Weiteren, dass der/die KlientIn ernst genommen werden und das Gefühl erhalten soll verstanden und angenommen zu werden. Auch Küchenhoff (2012) benennt einen ernst-nehmenden Umgang mit psychotischen KlientInnen als essentiell. Weiter erwähnt Schumann, dass eine individuelle Sprache mit dem/der KlientIn gefunden werden soll, um über die Psychose zu sprechen. Hierzu lassen sich Hinweise von Bock (2007) sowie Mueser und Drake (2007) finden, die ebenfalls die Wichtigkeit des Entwickelns einer individuellen Sprache mit PsychoseklientInnen benennen. Schumann erwähnt weiter, dass Motivationsarbeit hinsichtlich der Krankheitseinsicht geleistet werden soll, da es von hoher Relevanz ist, dass ein/eine KlientIn über seine/ihre Psychose sprechen kann. Auch sind eine hohe Flexibilität der eigenen Wahrnehmung und eine hohe Aufmerksamkeit auf mögliche versteckte Hinweise in den Aussagen der psychotischen KlientInnen, laut Schumann, wichtig. Schumann berichtet weiter, dass er zudem versucht gegenüber dem/der KlientIn so transparent wie möglich zu arbeiten.

Die Aussagen und Ergebnisse der ExpertInnen stehen explorativ und exemplarisch für die Suchthilfezentren Böblingen und Sindelfingen des Evangelischen Diakonieverbands im Landkreis Böblingen und des Vereins für Jugendhilfe e.V. im Landkreis Böblingen und können somit nicht verallgemeinert werden.

3. Fazit

3.1. Allgemeine Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse

Es konnte gezeigt werden, dass der Cannabiskonsum insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen sehr verbreitet ist. Gründe hierfür lassen sich unter anderem in der Verfügbarkeit sowie auch in der Verbreitung dessen finden, dass Cannabis eine harmlose Droge sei. Auch ein Wunsch nach Risiko, Neugierde in der Jugendphase und die Peergroup könnten mögliche Gründe dafür sein, dass der erste Konsum von Cannabis primär in der Jugend stattfindet. Die Darstellung der Auswirkungen und möglichen Folgen des Cannabiskonsums zeigen, dass durchaus auch durch Cannabis langfristige Beeinträchtigungen entstehen können. Diese können auf psychischer Ebene, auf psychosozialer Ebene, als auch auf körperlicher Ebene, resultieren. Hierzu muss gesagt werden, dass die erwähnten Auswirkungen und Folgen zwar auftreten können, aber nicht auftreten müssen. Ein Cannabisrausch kann sehr individuell auftreten und unterschiedlichste positive sowie negative Effekte mit sich bringen. So konnte klar gezeigt werden, dass Menschen mit einer Prädisposition für eine Psychose, diese durch den Cannabiskonsum vorantreiben oder gar auslösen können. Ebenfalls die negativen Auswirkungen auf eine bereits bestehende Psychose sowie die Psychosebehandlung konnten nachgewiesen werden. Auch durch die ExpertInnen konnten diese Aussagen bestätigt werden. Zudem wird eine mögliche Einflussnahme des Cannabiskonsums auf die Ausbreitung einer akuten psychotischen Episode auch ohne Prädisposition beschrieben. Unterschiedliche Studien beschreiben ein erhöhtes Risiko bei Cannabiskonsum auch ohne erhöhte Anfälligkeit später an einer Psychose zu erkranken. Unter welchen Umständen es jedoch zu einem Ausbruch einer Psychose durch den Cannabiskonsum ohne Prädisposition kommen kann, ist nicht eindeutig klar geworden. Hier fehlen meines Erachtens noch eindeutige Studien, die unter anderem auch die umgekehrte Kausalität berücksichtigen. Weiter konnte bestätigt werden, dass die Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung und Psychose den Beratungskontext in der Suchtberatung verändert. Dies wurde ausdrücklich von den ExpertInnen bestätigt. Hier liegen die Gründe insbesondere darin, dass psychotisches Verhalten diverse Wahrnehmungsveränderung mit sich bringen und aufgrund dessen den/die psychotischen KlientIn kognitiv stark beeinträchtigen können. Je nach Ausprägung und Form der Psychose kann es dazu kom-

men, dass KlientInnen weniger aufnahmefähig und realitätsnah sind. Halluzinationen sowie Wahnvorstellungen können dazu führen, dass KlientInnen unter anderem sehr ängstlich oder paranoid in die Beratung kommen. Somit kann die Aufmerksamkeit nicht, wie primär beabsichtigt, auf die Bearbeitung der Suchtproblematik gerichtet werden. Hier rückt erst einmal die Beruhigung und Angstreduktion sowie das Eingehen auf die psychotischen Wahrnehmungen der/des KlientIn in den Mittelpunkt. Die ExpertInneninterviews lassen erkennen, dass in der Arbeit mit suchtkranken Menschen bereits viel Empathie und Sensibilität notwendig ist. Wenn nun ein Mensch mit Suchterkrankung und Psychose in der Suchtberatung sitzt, scheint laut den ExpertInnen, ein noch höheres Maß dieser Kompetenzen von Nöten zu sein. Auch die Beratungssprache oder Interventionsmaßnahmen müssen an die besondere Situation der Doppeldiagnose angepasst werden. Weiter muss die Informationsvermittlung sehr wohl dosiert an die individuelle Aufnahmefähigkeit der KlientInnen angepasst werden. Auch ist eine breitere Zusammenarbeit mit verschiedenen Instanzen, über das Suchthilfenetz hinaus, notwendig. Obwohl nachgewiesen werden konnte, dass Drogen, insbesondere der Cannabiskonsum, Psychosen unter gewissen Umständen begünstigen oder auslösen können, wird durch die ExpertInneninterviews deutlich, dass KlientInnen mit der Doppeldiagnose Cannabiskonsum und Psychose nur selten in den Suchtberatungszentren Sindelfingen und Böblingen auftauchen.

3.2. Persönliches Fazit

Das Thema Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose stellte für mich während der Bearbeitung meiner Bachelor-Thesis ein sehr interessantes aber auch breites Feld dar. Obwohl ich bereits viele Aspekte dieses Themas in meine Bachelor-Thesis miteinbringen konnte, konnte ich trotzdem einige Themen nur kurz anschnitten und musste andere teilweise ganz weglassen. Um das komplette Thema lückenlos beleuchten zu können, ist der Umfang einer Bachelor-Thesis deutlich zu limitiert. Trotzdem konnte ich mir ein Bild dieser Komorbidität machen und beleuchten welche Unterschiede dadurch im Beratungskontext der Suchtberatung auftauchen. Sehr überrascht war ich von dem Ergebnis der ExpertInneninterviews bezüglich des Vorkommens dieser Komorbidität in der Praxis der SuchtberaterInnen. Hier habe ich eine deutlich höhere Anzahl an KlientInnen mit dieser Doppeldiagnose erwartet.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring stellte für mich eine sehr übersichtliche und klar strukturierte Forschungsmethode dar, mit der ich sehr gut arbeiten konnte. Das Programm MAXQDA erleichterte mir die Auswertung. Es war sehr interessant wie viele Informationen ich aus den ExpertInneninterviews herausziehen konnte. Zudem war ich überrascht davon, dass die ExpertInnen zwar teilweise meinten, sie hätte sich keine speziellen Techniken angeeignet oder gelernt, beziehungsweise wüssten nicht so viel zu

dieser speziellen Problematik, mir aber dann im Endeffekt sehr viele Handlungshinweise erläutern konnten, deren Richtigkeit durch einschlägige Literatur klar belegt werden konnten.

Im Allgemeinen, hoffe ich, dass die Ergebnisse dieser Arbeit mich auch in meinem späteren Berufsleben weiterbringen werden.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich herzlich bei Bruder Peter für seine Unterstützung während der Ausarbeitung meiner Bachelor-Thesis bedanken.

Auch Lisbeth Ostertag und Ralf Schumann danke ich sehr, dass sie sich Zeit genommen haben, mich an ihren Erfahrungen und ihrem Wissen teilhaben zu lassen.

Ebenfalls ein großer Dank geht an meine Korrektorinnen, die mir eine sehr große Unterstützung waren.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebenszeitprävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2015

Abbildung 2: Übersicht über verschiedene prospektiv-epidemiologische Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie

Abbildung 3: Ablaufmodelle strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse

Literatur- und Medienverzeichnis

Literatur

AROLT, V./REIMER, C./DILLING, H.: Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie. 7. bearb. Auflage mit 62 Fallbeispielen und 13 Tabellen. Münster/Wiesbaden/Lübeck 2011. 06.11.2016.

BAACKE, D.: Jugend und Subkultur. (Juventa Verlag), München 1972. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 49. 09.10.2016.

BAUDIS, R.: Abhängigkeit und Entscheiden – Handbuch. Neuropsychologisch basiertes Trainingsmanual HALT!. zur Verbesserung des Entscheidungsverhaltens bei Abhängigkeit.(Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht). Rudersberg 2014. 25.10.2016.

BERRIDGE/ROBINSON. O.o. 2003. Zitiert in: BAUDIS, R.: Abhängigkeit und Entscheiden – Handbuch. Neuropsychologisch basiertes Trainingsmanual HALT!. zur Verbesserung des Entscheidungsverhaltens bei Abhängigkeit.(Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht). Rudersberg 2014. S. 9. 25.10.2016.

BLANCHARD, J./BROWN, S./HORAN, H./SHERWOOD A.: Substance use disorders in schizophrenia: review, integration, and a proposed model. Clin Psychol Rev 20. o.O. 2000. S. 207-234. In: WALTER, M./ GOUZOGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 76. 05.11.2016.

BOCK, T.: Basiswissen. Umgang mit psychotischen Patienten. (Psychiatrie Verlag GmbH). Köln 2013. 11.11.2016.

BOCK, T.: Lichtjahre. Psychose ohne Psychiatrie. Krankheitsverständnis und Lebensentwürfe von Menschen mit unbehandelten Psychosen. 5. Auflage. (Psychiatrie Verlag GmbH). Bonn 2007. 06.11.2016.

BÖLLINGER, L./STÖVER, H.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik. In: Schriftreihe der Fachhochschule Frankfurt am Main. (Fachschulverlag). Frankfurt a. M. 1992. Zitiert in: SOELLNER, R.: Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. (Verlag Hans Huber). Bern/Götting/Toronto/Seattle 2000. S. 58. 24.10.2016.

CHAMBERS, R./KRISTAL, J./SELF, D.: A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. Biol Psychiatry 50. o.O. 2001. S. 71-83. In: WALTER, M./ GOUZOGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 76, S. 78. 05.11.2016.

CASPER-MERK, M.: Marion Caspers-Merk: Jugendkult Cannabis – Risiken und Hilfen. In: CASPER-MERK, M. (Hrsg.): Jugendkult Cannabis - Risiken und Hilfen. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin 2005, S. 10. 20.09.2016.

DAMMANN, G.: Psychodynamische Aspekte der Komorbidität. In: WALTER, M./GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 27-28. 05.11.2016.

DILLING, H./FREYBERGER, H. (HRSG.): Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen nach dem Pocket Guide von J.E. Cooper. 7., überarbeitete Auflage. (Verlag Hans Huber). Bern 2014. 05.11.2016.

DIXON, L.: Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. Schizophr Res 35. Suppl: 93-100. o.O. 1999. Zitiert in: In: WALTER, M./GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 77. 06.11.2016.

DRAKE, R./MUESER, K.: Management von Patienten mit schweren psychischen Störungen und Substanzkonsumstörungen. In: MOGGI, F. (HRSG.): Doppeldiagnosen. Komorbidität psychischer Störungen und Sucht. 2., vollständig überarb. Und erw. Auflage. Bern 2007. S. 205-209. 11.11.2016.

DRAKE, R./MUESER, K.: Psychosocial approaches to dual diagnosis. Schizophr Bull 26. o.O. 2000. S 105-118. Zitiert in: GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E.: Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. In: WALTER, M./ GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 81. 05.11.2016.

DRESING, T./PEHL, T.: Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleistung und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 2. Aufl. Marburg 2011. 15.11.2016.

EMBODEN, W.: Cannabis in Ostasien – Herkunft, Wanderung und Gebrauch. In: VÖLGER, G./WELCK, K. (Hrsg.): Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich. (Rowohltverlag, Bd. 3), Reinbeck b. Hamburg 1982. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 4. 07.10.2016.

EXNER, C./LINCOLN, T.: Neuropsychologie schizophrener Störungen. Fortschritte der Neuropsychologie. (Hogrefe Verlag Bd. 11). Göttingen/Bern/Wien/Paris/Oxford/Prag/Toronto/Cambridge/Amsterdam/Kopenhagen/Stockholm 2012. 05.11.2016.

FALKAI, P./WITTCHEN, H. (HRSG.): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. 1. Auflage. (Hogrefe Verlag). Göttingen/Bern/Wien/Paris/Oxford/Prag/Toronto/Boston/Amsterdam/Kopenhagen/Stockholm/Florenz/Helsinki 2015. 05.11.2016.

FARBER, W.: Drogen im alten Mesopotamien Sumerer und Akkader. In: VÖLGER, G./WELCK, K. (Hrsg.): Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich. (Rowohltverlag, Bd. 3), Reinbeck b. Hamburg 1982. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 4. 07.10.2016.

FERGUSON, D./HORWOOD, L.: Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*. 92(3). o.O. 1997. S. 279-96. Zitiert in: GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Psyche, Verhalten und geistige Leistungsfähigkeit. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 20-22. 02.10.2016.

FEUERLEIN, W.: Theorie der Sucht. (Springer Verlag). Berlin 1986. S. VI. Zitiert in: SOELLNER, R.: Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. (Verlag Hans Huber). Bern/Götting/Toronto/Seattle 2000. S. 59. 25.10.2016

FRANKE, M.: Gesundheit und Drogen als gesellschaftliches Problem. Beilage "Aus Politik und Zeitgeschichte" zur Wochenzeitung "Das Parlament". B 39/71. o.O. 1971. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 34, S. 44, S. 47. 20.09.2016.

FRIED, P./WATKINSON, B./WILLIAN A.: Marijuana use during pregnancy and decreased length og gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 150. o.O. 1984. S. 23-27. Zitiert in: GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Cannabis und Schwangerschaft. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 29. 07.10.2016.

GABMANN, R. (Hg.): Cannabis – Neue Beiträge zu einer alten Diskussion, Freiburg i.B. 2004. 02.10.2016.

GEMMER, K.: Die nationale und internationale Situation des Rauschgifthandels. Vortrag auf der Tagung der DHS vom 9.-12.11.1971 in Stuttgart. Stuttgart 1971. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 13. 15.10.2016.

GLÄSER, J./LAUDEL, G.: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 4. Auflage. Meppel 2010. 15.11.2016.

GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E.: Psychotische Störungen und komorbide Suchterkrankungen. In: WALTER, M./ GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 75-76, S. 80-82. 05.11.2016.

GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E.: Komorbidität Psychose und Sucht – Grundlagen und Praxis – Mit Manualen für die Psychoedukation und Verhaltenstherapie. 2. erweiterte Auflage unter Mitarbeit von Schnell T. Darmstadt 2007. In: WALTER, M./ GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 76. 05.11.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Atemwege und Gefahren des Rauchens. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 25-26. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Cannabis und Psychose. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 23. 16.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Cannabis und Schwangerschaft. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 29. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Cannabiszubereitung und THC-Gehalte. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 31-32. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Das körpereigene Cannabinoidsystem. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 17-18. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Herz und Kreislauf. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S.26-27. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Immunsystem. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 30. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Pharmakologie: Wirkung von Cannabis auf den Körper und Psyche. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 17. 14.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Psyche, Verhalten und geistige Leistungsfähigkeit. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 20-22. 15.09.2016.

GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Übersicht über die akuten Wirkungen. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 19-20. 15.09.2016.

HOBİ, V./LADEWIG, D.: Persönlichkeitsmerkmale und Drogenverhalten jugendlicher Toxikomaner. Pharmakopsychiat. Neuropsychopharmakol. 4. Stuttgart 1971. S. 12-22. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37-38. 03.10.2016.

HOBİ, V.: Die Persönlichkeit des Toxikomanen. In: Aktuelle Aspekte der Toxikomanie. (S. Karger). Basel 1972. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37. 03.10.2016.

HOBİ, V.: Das Drogenproblem bei Jugendlichen. Psychologische und sozialpsychologische Aspekte. (Huber Verlag). Bern/Stuttgart/Wien 1973. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37. 03.10.2016.

HOBİ/LADEWIG, O.O. 1975. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37-38. 03.10.2016.

HOPS, H. ET AL: Parent – adolescent problem-solving interactions and drug use. Amer. J. Drug Alc. Abuse. 16. o.O. 1990. S. 239-258. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 36. 03.10.2016.

HÜNNEKENS, H.: Der drogenabhängige Jugendliche in der Gesellschaft. Das öffentliche Gesundheitswesen. 33. o.O. 1971. S. 237-244. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 48. 08.10.2016.

HÜNNEKENS, H.: Die Existenzproblematik des Jugendlichen – Motiv für den Drogenkonsum? In Drogen und Rauschmittelmisbrauch. Heft 17 der Schriftenreihe der DHS. Hamm 1972. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 48. 08.10.2016.

JOELS E./FRÄNKELS F.: Der Haschisch-Rausch. Beiträge zu einer experimentellen Psychopathologie. Klin. Wschr. 5. o.O. 1926. S. 1707-1709. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 7-8. 15.10.2016.

JOHNSON, G./SHONTZ, F./LOCKE, T.: Relationship between adolescent drug use and parental drug behaviors. Adolescent. 19. 1984. S. 295-299. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 36. 15.10.2016.

JORDAN, S./SACK, M.: Schutz- und Risikofaktoren. In: THOMASIU, R./SCHULTE-MARKWORT, M./KÜSTNER, U./RIEDESSER, P.: Suchtstörungen im Kindes- und Jugendalter. Das Handbuch: Grundlagen und Praxis. Stuttgart 2009. S. 127. 21.10.2016

KIELHOLZ, P./BATTEGAY, R./LADEWIG, D.: Drogenabhängigkeiten. In: KISKER, P. et al. (Hrsg.): Psychiatrie der Gegenwart. (Springer Verlag, Bd. 11/2). 2. Aufl. Berlin 1972. S. 497-564. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37. 15.10.2016

KLEIBER, D./KOVAR, K.: Auswirkungen des Cannabiskonsums. (Wiss. Verlagsgesellschaft). Stuttgart 1998. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 36. 15.10.2016

KRAUS, L.: 1.2. Ludwig Kraus: Cannabiskonsum bei Erwachsenen – Epidemiologische Evidenz. Schlussforderung. In: CASPER-MERK, M. (Hrsg.): Jugendkult Cannabis - Risiken

und Hilfen. Dokumentation der Fachtagung am 29. und 30. November 2004 im Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin 2005, S. 21. 20.09.2016.

KÜCHENHOFF, J.: Psychose. Analyse der Psyche und Psychotherapie. (Psychosozial-Verlag Bd. 5). Gießen 2012. 05.11.2016.

LEWIN, L.: Phantastica. (Volksverlag). 3. Aufl. Linden 1980 (1927). Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 4. 15.10.2016.

LOWENFELD, H./LOWENFELD, Y.: Die permissive Gesellschaft und das Überich. Psyche. 24. o.O. 1970. S. 706-720. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 44. 15.10.2016.

LÜRSSEN, E.: Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. Suchtgefahren. 20. o.O. 1974. S. 145-151. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 41. 15.10.2016.

MACHLEIDT, Wielant/BAUER, Manfred: Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. aktualisierte Aufl. Stuttgart 2004. 03.10.2016.

MARX, K./ENGELS, F.: Über Religion. (Dietz). Berlin 1958. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 51. 15.10.2016.

MAYRING, P.: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 6. Aufl. Weinheim 2016. 15.11.2016.

MAYRING, P.: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarb. Aufl. Weinheim/Basel 2015. 15.11.2016.

MEUNIER, R.: Le hachich. Essai sur la psychologie des paradis ephemeres. (Blond). Paris 1909. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 7. 15.10.2016.

MITSCHERLICH, A. (HSRG.): Das beschädigte Leben. Diagnose und Therapie in einer Welt unabsehbarer Veränderungen. (Piper Verlag). München 1969. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 47. 15.10.2016.

MOSER-SCHMITT, E.: Sozioritueller Gebrauch von Cannabis in Indien. In: VÖLGER, G./WELCK, K. (Hrsg.): Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich. (Rowohltverlag, Bd. 3), Reinbeck b. Hamburg 1982. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 3-4. 15.10.2016.

MUESER, K./YARNOLD P./ROSENBERG, S./SWETT, C./MILES, K./HILL, D.: Substance use disorder in hospitalized severely mentally ill psychiatric patients: prevalence, correlates, and subgroups. Schizophr Bull 26. o.O. 2000. S. 179-192. Zitiert in: WALTER, M./GOUZOUGLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 79. 06.11.2016.

NOACK, Winfried: Seelsorgerliche Diakonie. Leitfaden für ehrenamtliche Helfer in Kirchengemeinden und Mitarbeiter in diakonischen Einrichtungen. Berlin 2010. 03.10.2016.

NOELLE-NEUMANN, E.: Selbstbeherrschung kein Thema. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 25.05. Frankfurt 1982. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 49. 15.10.2016.

OBERNDÖRFER, D.: Von der Einsamkeit des Menschen in der modernen amerikanischen Gesellschaft. (Rombachverlag). Freiburg 1958. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 48. 15.10.2016.

ORLINSKY, D.: Störungsspezifische, personenspezifische und kulturspezifische Psychotherapie: Erkenntnisse aus Psychotherapieforschung und Sozialwissenschaften. Psychotherapeut 48. o.O. 2003. S. 403-409. Zitiert in: KÜCHENHOFF, J.: Psychose. Analyse der Psyche und Psychotherapie. (Psychosozial-Verlag Bd. 5). Gießen 2012. S. 21. 05.11.2016.

ORTH, B.: Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland 2015. Rauchen, Alkoholkonsum und Konsum illegaler Drogen: aktuelle Verbreitung und Trends. BZgA-Forschungsbericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Köln 2016. 21.10.2016.

RADO, S.: Die psychischen Wirkungen der Rauschgifte. Internat. Zschr. f. Psychoanalyse. 12. 1926. S. 540-556. Nachgedruckt in: Psyche. 29. o.O. 1975. S. 360-376. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 40-41. 15.10.2016.

RAUCHFLEISCH, U.: Zur Psychodynamik der Sucht. Prax. Psychother. 16. o.O. 1971. S. 1-8. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 40. 15.10.2016.

SALEH, A.: Alkohol und Haschisch im heutigen Orient. In: VÖLGER, G./WELCK, K. (Hrsg.): Rausch und Realität – Drogen im Kulturvergleich. (Rowohltverlag, Bd. 3). Reinbeck b.

Hamburg 1982. Zitiert in: TÄSCHNER, Karl-Ludwig: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 4-5. 15.10.2016.

SCHELSKY, H.: Die skeptische Generation. Eine Soziologie der deutschen Jugend. (Eugen Diederichs Verlag). Düsseldorf/Köln 1963. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 48-49. 15.10.2016.

SCHIFFER, P.: In Ruhe krank sein dürfen. Obdachlose Abhängige illegaler Drogen in einer Krankenwohnung. Studien zur qualitativen Drogenforschung und akzeptierenden Drogenarbeit. Berlin 2014. 15.10.2016.

SCHIMMELMANN, B./LAMBERT, M.: Psychose und Sucht im Fokus. In: In: SCHIMMELMANN, B./RESCH, F. (HRSG.): Psychosen in der Adoleszenz. Entwicklungspathologie, Früherkennung und Behandlung. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 358. 11.11.2016.

SCHMIDT, B./ALTE-TEIGELER, A./HURRELMANN, K.: Soziale Bedingungsfaktoren von Drogenkonsum und Drogenmissbrauch. In: GASTPAR, M./ MANN, K./ ROMMELSPACHER H. (Hrsg.): Lehrbuch der Suchterkrankungen. (Thieme Verlagsgruppe). Stuttgart, New York 1999. S. 50-69. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 36-37. 15.10.2016.

SCHMITT, L./STÖCKEL, F./Y-AISER, L.: Drogengebrauch unter Jugendlichen in Baden-Württemberg. Btsch. Ärzteblatt. 69. o.O. 1972. S. 354-358. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 35. 15.10.2016.

SCHNELL, T./NEISIUS, K./DAUMANN, J./GOUZOUKLIS-MAYFRANK, E.: Prävalenz der Komorbidität Psychose und Sucht – Klinisch-epidemiologische Ergebnisse aus der deutschen Großstadt. Nervenarzt 81. o.O. 2010. S. 323-328. Zitiert in: WALTER, M./ GOUZOUKLIS-MAYFRANK, E. (HRSG.): Psychische Störungen und Suchterkrankungen. Diagnostik und Behandlung von Doppeldiagnosen. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 77. 06.11.2016.

SCHWARZ, J. ET AL.: Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage über den Gebrauch von Rauschmitteln bei Oberschülern in Schleswig-Holstein. Das öffentliche Gesundheitswesen. 33. o.O. 1971. S. 228-237. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 35. 15.10.2016.

SCHWIND, H.: Rebellion gegen die Fertigkeit dieser Welt. In: Frankfurter Allgemeine Zeitung vom 25.11.1981. Frankfurt 1981. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie,

Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 49. 15.10.2016.

SOLOWIJ, N: Cannabis und cognitive functioning. Cambridge University Press. Cambridge 1998. Zitiert in: GROTENHERMEN, F./RECKENDREES, B.: Psyche, Verhalten und geistige Leistungsfähigkeit. In: KOLTE, B./STÖVER, H./SCHMIDT-SEMISCH, H. (Hrsg.): Was tun, wenn Cannabis zum Problem wird ? Leitfaden für KonsumentInnen, Eltern, LehrerInnen und BeraterInnen in der Jugend- und Drogenhilfe. (Fachhochschulverlag, Bd. 33). Frankfurt am Main 2006, S. 21. 07.10.2016.

SOELLNER, R.: Abhängig von Haschisch? Cannabiskonsum und psychosoziale Gesundheit. (Verlag Hans Huber). Bern/Götting/Toronto/Seattle 2000. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 36. 15.10.2016.

STRIK, W/WALTHER, S.: Symptomdimensionen von Psychosen und ihre Beziehung zu Hirnsystemen – Grundlagen und Bedeutung für die Praxis. In: SCHIMMELMANN, B./RESCH, F. (HRSG.): Psychosen in der Adoleszenz. Entwicklungspsychopathologie, Früherkennung und Behandlung. (Verlag W. Kohlhammer). Stuttgart 2014. S. 411-412. 05.11.2016.

STRINGARIS, M.: Die Haschischsucht. (Springer Verlag). 2. Aufl. Berlin 1972. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005, S. 2, S.4. 15.10.2016.

TÄSCHNER, K.: Rausch und Psychose – Psychopathologische Untersuchungen an Drogen-Konsumenten. (Kohlhammer Verlag). Stuttgart 1980. Zitiert in: TÄSCHNER, Karl-Ludwig: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37. 15.10.2016.

TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. 20.09.2016.

TENBRUCK, F.: Jugend und Gesellschaft Soziologische Perspektiven. (Rombach Verlagsgruppe). 2. Aufl. Freiburg 1965. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 49. 15.10.2016.

VIERTH, G.: Psychopathologische Syndrome nach Haschischgenuß. Beobachtungen aus Marokko. Münch. Med. Wschr. 109. o.O. 1967. S. 522-526. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 46. 15.10.2016.

VOLKOW ET AL. O.o. 2003. Zitiert in: BAUDIS, R.: Abhängigkeit und Entscheiden – Handbuch. Neuropsychologisch basiertes Trainingsmanual HALT!. zur Verbesserung des Entscheidungsverhaltens bei Abhängigkeit.(Verlag für Psychologie, Sozialarbeit und Sucht). Rudersberg 2014. S. 9-10. 25.10.2016.

WANKE, K.: Neue Aspekte zum Suchtproblem – Multifaktorielle Analysen klinischer Erfahrungen mit jungen Drogenkonsumenten. (Habil. Schrift). Frankfurt a. M. 1971. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 33, S. 46-47. 15.10.2016.

WANKE, K. ET AL.: Soziale Mobilität von Drogenkonsumenten. Z. Rechtsmed. 70. o.O. 1972. S. 25-31. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 46-47. 15.10.2016.

WANKE, K./SÜLLWOLD, L./ZIEGLER, B.: Empirische Untersuchungen zum Rauschmittelmißbrauch in Frankfurt. In: EHRHARDT, H. (Hrsg.): Perspektiven der heutigen Psychiatrie. (Gerhards u. Co.). Frankfurt a. M. 1972. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 37. 15.10.2016.

ZIERER, K./SPECK, K./MOSCHNER, B.: Methoden erziehungswissenschaftlicher Forschung. München/Basel 2013. 15.11.2016.

ZUTT, J.: Freiheitsverlust und Freiheitsentzug – Schicksale sogenannter Geisteskranker. (Springer Verlag). Heidelberg/New York 1970. Zitiert in: TÄSCHNER, K.: Cannabis. Biologie, Konsum und Wirkung ; mit 56 Tabellen. 4., erw. und aktualisierte Aufl. Köln 2005. S. 46. 15.10.2016.

Internetquellen

BAYKARA, S.: Legal Highs: Das sind die wirklichen Gefahren - Wirkung, Risiken, Gesetzeslage. <http://www.giga.de/extra/internet/specials/legal-highs-wirkung-riskant-das-sind-die-gefahren/>. 26.11.2016.

BERKING, M./RIEF, W. (HRSG.): Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor. Band I: Grundlagen und Störungswissen. Lesen, Hören, Lernen im Web. https://www.google.de/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwjN76GrpPjPAhWGvhQKHWIUDecQFgg-pMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.springer.com%2Fcda%2Fcontent%2Fdocument%2Fcda_downloaddocument%2F9783642169731-c1.pdf%3FSGWID%3D0-0-45-1337104-p174067859&usg=AFQjCNHsDEzhBR0dA5PBp5AwH13HTdvreA&cad=rja. 26.10.2016.

BERUFSVERBAND DEUTSCHER NEUROLOGEN E.V. (BDN) (HRSG.): Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nerven-erkrankungen. Echolalie. http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.de/glossar/?tx_mksglossary_pi1%5BshowUid%5D=82&cHash=608cff770f014d868e67c416f33a6f3d. 31.10.2016.

BUNDESZENTRALE FÜR GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG (HRSG.): Psychose-Risiko durch Cannabiskonsum. <http://www.bzga.de/?sid=1121>. 21.10.2016.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HRSG.): Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V... <http://www.dhs.de/dhs.html>. 11.11.2016.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (HRSG.): Cannabis. Basisinformationen. Auflage 11.40.10.14. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Basisinfo_Cannabis.pdf. 21.10.2016.

DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. (2)(HRSG.): Beratungs- und Behandlungsstelle für Suchtkranke und ihre Angehörigen als das Rückgrat der Versorgung von Menschen mit substanzbezogenen Problemen. http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Beratungsstellen/Beratungs_und_Behandlungsstellen_2004.pdf. 11.11.2016.

DUDENVERLAG (HRSG.): D Duden - Das Herkunftswörterbuch. <http://www.duden.de/>. 26.11.2016.

EUROPÄISCHE BEOBACHTUNGSSTELLE FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT (HRSG.): Kokain und Crack. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine/de>. 07.10.2016.

EVANGELISCHER DIAKONIEVERBAND IM LANDKREIS BÖBLINGEN (HRSG.): Suchthilfezentren der Diakonie. <http://www.edivbb.de/beratung-und-hilfe/suchtberatung/>. 11.11.2016.

KELICH, A.: Sedativa und Hypnotika. <https://catbull.com/alamut/Lexikon/Indexe/Sedativa.htm>. 03.11.2016.

LEURS, R. ET AL.: Ein Joint für die große Pause. In: Der Spiegel. Jg. 2004, 27/2004. S. 70. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-31329807.html>. 20.09.2016.

MEIER, M./CASPI, A./AMBLER, A./HARRINGTON, H./HOUTS, R./KEEFE, R./MCDONALS, K./WARD, A./POULTON, R./MOFFITT, T.: Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. 2012. Zitiert in: ZEIT ONLINE (HRSG.): Cannabis. Kiffen ist keine Todesursache. <HTTP://WWW.ZEIT.DE/WISSEN/GESUNDHEIT/2014-02/CAN-NABIS-KIFFEN-TOD-MARIHUANA-RECHTSMEDIZIN>. 21.10.2016.

ROBERT KOCH INSTITUT/STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.): Drogen, Droge. <http://www.gbe-bund.de/glossar/Drogen.html>. 02.10.2016

ROBERT KOCH INSTITUT/STATISTISCHES BUNDESAMT (HRSG.): Definition: Cannabis. http://www.gbe-bund.de/gbe10/ergebnisse.prc_tab?fid=3323&suchstring=cannabis&query_id=&sprache=D&fund_typ=DEF&methode=1&vt=1&verwandte=1&page_ret=0&seite=1&p_lfd_nr=2&p_news=&p_sprachkz=D&p_uid=gast&p_aid=73554990&hlp_nr=3&p_janein=J#SEARCH=%2522cannabis%2522. 02.10.2016.

SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG (HRSG.): Lexikon der Neurowissenschaften. Prosodie. <http://www.spektrum.de/lexikon/neurowissenschaft/prosodie/10354>. 02.11.2016.

SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG (HRSG.): Lexikon der Psychologie. Abhängigkeit, physische und psychische. <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/abhaengigkeit-physische-und-psychische/37>. 25.10.2016.

SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG (HRSG.): Lexikon der Psychologie. Alogie. <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/alogie/655>. 02.11.2016.

SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG (HRSG.): Lexikon der Psychologie. Coping. <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/coping/3007>. 05.11.2016.

SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG (HRSG.): Lexikon der Psychologie. Fehlentwicklung. <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/fehlentwicklung/4845>. 17.10.2016.

SPEKTRUM AKADEMISCHER VERLAG (HRSG.): Lexikon der Psychologie. Komorbidität. <http://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/komorbiditaet/7986>. 29.10.2016.

SPRINGER GABLER VERLAG (HRSG.): Gabler Wirtschaftslexikon. Definition » Technisierung «. <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/technisierung.html>. 08.10.2016.

STATISTA (HRSG.): Anteil der Hauptdiagnosen in ambulanten und stationären Suchthilfeeinrichtungen in Deutschland im Jahr 2015. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/255740/umfrage/verteilung-der-hauptdiagnosen-in-suchthilfeeinrichtungen/>. 11.11.2016.

STRANGL, W.: Lexikon online. Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik. Halluzinogene. <http://lexikon.stangl.eu/3616/halluzinogene/>. 03.11.2016. <http://lexikon.stangl.eu/4822/stimulanzen/>

STRANGL, W.: Lexikon online. Online-Enzyklopädie für Psychologie und Pädagogik. Stimulanzen. <http://lexikon.stangl.eu/4822/stimulanzen/>. 06.11.2016.

ZEIT ONLINE (HRSG): Cannabis. Kiffen ist keine Todesursache. <http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2014-02/cannabis-kiffen-tod-marihuana-rechtsmedizin>. 21.10.2016.

Anhang

Anhang 1: Die historische und geographische Verbreitung der Cannabis-pflanze

Seit Jahrtausenden wird Cannabis als Nutz- und Heilpflanze verwendet (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 2). Stringaris (1972) beschreibt eine wichtige Bedeutung spezieller Substanzen für die antiken Menschen, welche das Bewusstsein und Erleben beeinflussen konnten. Man geht davon aus, dass durch zufällige Entdeckungen aus der damaligen Zeit diverse Rauschdrogen entstanden sind (vgl. Stringaris 1972 in Täschner 2005, S. 2). Solche nicht identifizierten Stoffe lassen sich in Überlieferungen der Chinesen, der alten Perser, der Inder und der Griechen finden (vgl. Täschner 2005, S. 2-3). In China wurde Cannabis bereits vor 6000 Jahren für diverse Zwecke genutzt (vgl. Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. 2014, S. 3). Hinweise über die Verbreitung der Cannabispflanze in Indien lassen sich auf um 800 v. Chr. datieren. Diese wurde hier aufgrund ihrer berauschenden Wirkung in spezielle Kulthandlungen einbezogen (vgl. Täschner 2005, S. 2-3). Obwohl Cannabis zu damaligen Zeiten als Genussmittel zu indischen Festen geraucht und somit gesellschaftlich toleriert wurde, führt, nach Überzeugung vieler Inder, ein mehr als mäßiger Konsum der Pflanze zu einem sozialen sowie körperlichen Niedergang (vgl. Moser-Schmitt 1982 in Täschner 2005, S. 3-4). Es wurden indische Schriften entdeckt, die bereits im 15. und 16. Jahrhundert die charakteristischen Wirkungen von Haschischinhaltsstoffen nach heutigen Kenntnissen korrekt beschrieben. In Europa lassen sich erste Beschreibungen zu der Wirkung von Cannabis auf Hildegard von Bingen (1098-1179) zurückführen. Primär werden in den mittelalterlichen Quellen aus Europa medizinische Zwecke von Hanfextrakt aufgeführt. Im 16. Jahrhundert traten diese jedoch in den Hintergrund und die rauscherzeugende Wirkung gelang in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Auch mit der Entstehung des Islams lies sich diese Entwicklung beobachten. Als Rauschmittel ist Cannabis bis heute ein fester Bestandteil im Leben vieler Menschen aus dem Orient (vgl. Täschner 2005, S. 3-6). Saleh (1982) beschreibt eine weite Verbreitung der Cannabispflanze im orientalischen Raum und begründet dies damit, dass der Islam den Konsum von Cannabis nicht ausdrücklich untersage. Aufgrund dessen sei der sporadische Cannabiskonsum in kleinen Mengen sozial geduldet. Trotzdem sehe man, laut Saleh, den regelmäßigen Konsum größerer Cannabisdosen als problematisch (vgl. Saleh 1982 in Täschner 2005, S. 4-5). Er berichtet über die Folgen von langfristigen Cannabiskonsums zudem wie folgt:

„Längerfristiger Konsum habe einen sozialen Abstieg zur Folge, die Arbeitsfähigkeit werde beeinträchtigt, die Abhängigen bezweifeln bald die Notwendigkeit jeder

Erwerbstätigkeit, sie vernachlässigten soziale Verpflichtungen und Bindungen, und schließlich komme es zu Verwahrlosungserscheinungen im weiteren Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung.“ (Saleh 1982 in Täschner 2005, S. 5)

Täschner geht davon aus, dass das Alkoholverbot im Islam den Konsum von Cannabis verstärkt habe (vgl. Täschner 2005, S. 5). Mir scheint diese Annahme schlüssig, da durch das Verbot des Konsums von Alkohol nahe liegt, dass die Menschen ein rauscherzeugendes alternatives und gesellschaftlich geduldetes Genussmittel gesucht haben könnten, welches sie in Cannabisprodukten gefunden haben. Aufgrund dessen, scheinen die Menschen islamischen Glaubens in gesellschaftlichen Kontexten nur die Möglichkeit gehabt zu haben, Cannabis zur Rauscherzeugung konsumieren zu dürfen. Dies könnte den Konsum von Cannabis bei Menschen dieser Glaubensrichtung verstärkt haben. Meunier äußerte bereits 1909 die Vermutung, dass chronischer Cannabiskonsum zu Psychosen führen könnte (vgl. Meunier 1909 in Täschner 2005, S. 7). Farber (1982) beschreibt die Verbreitung der Cannabispflanze von Indien nach Persien und Assyrien. Er geht davon aus, dass die Assyrier die Cannabispflanze ‚Kunnapu‘ nannten und sich daraus der Name ‚Cannabis‘ ableiten lässt (vgl. Farber 1982 in Täschner 2005, S. 4). Emboden (1982) wiederum leitet das Wort ‚Cannabis‘ von den semitischen Worten ‚kaneh‘, was Schilfrohr bedeutet und ‚bosom‘, was sich als ‚wohlduftend‘ übersetzen lässt, ab (vgl. Emboden 1982 in Täschner 2005, S. 4). Es wird vermutet, dass die Pflanze im 11. und 12. Jahrhundert durch indische und arabische Händler über Ägypten und die afrikanische Ostküste nach Süd- und anschließend nach Zentral- und Westafrika gelangt ist, wo sie, ähnlich wie in Indien, eine wichtige Rolle bei rituellen Handlungen gehabt haben soll (vgl. Stringaris 1972 und Lewin 1927, 1980 in Täschner 2005, S. 4). Durch Napoleon seien die Cannabispflanze und die Kenntnisse über ihre Wirkung erneut nach Europa gelangt. Hahnemann (1822), Moreau (1845), Bibra (1855), Meunier (1909) und Kalant (1968) ergänzten über die Jahre die Angaben über die Wirkung von Cannabis (vgl. Täschner 2005, S. 4-6). Anfang des 20. Jahrhunderts befassten sich des Weiteren Joels und Fränkels (1926) mit der Erforschung insbesondere der psychopathologischen⁷⁷ Wirkungen von Cannabis (vgl. Joels und Fränkels 1927 in Täschner 2005 S. 7-8). Bis in die 60er Jahre war der Cannabiskonsum nur sehr spärlich verbreitet (vgl. Soellner 2000, S. 64). Dies änderte sich mit dem Entstehen der so genannten Drogenwelle unter Jugendlichen in Westeuropa (1967/1968). Durch die Protestbewegungen an Hochschulen zu dieser Zeit kam es zu einer Mobilisierung junger Intellektueller, Studierender und SchülerInnen (vgl. Täschner 2005, S. 9, 13). Ziel war das zum Ausdruck bringen ihrer

⁷⁷ ‚psychopathologisch‘ wird von dem Wort ‚Psychopathologie‘ abgeleitet, welches die „...Wissenschaft und Lehre von den krankhaften Veränderungen des Seelenlebens, besonders von Psychosen und Psychopathien“ ist (Duden, 15.09.2016).

„... Unzufriedenheit mit den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen ... [und der Versuch] ... diese Einschätzung der aktuellen politischen Lage in politische Aktion umzusetzen“ (Täschner 2005, S. 13)

Hier waren die militärischen Taten der Vereinigten Staaten in Vietnam ein wichtiger Punkt, der die Unzufriedenheit junger Menschen weiter anstiftete. Als Instrument des Protestes diente zu der Zeit Haschisch, dessen Konsum die Abwendung der waltenden Bedingungen ausdrücken und ein Merkmal des Andersseins darstellen sollte. Von den jugendlichen Intellektuellen gelang Cannabis schnell auch zu den restlichen Jugendlichen in Deutschland (vgl. Täschner 2005, S. 13). Doch der Cannabiskult klang nicht ab. Das Gegenteil war der Fall:

„Seit Mitte der 1980er Jahre, und insbesondere in jüngster Zeit, ist in Deutschland ein kontinuierlicher Anstieg des Cannabiskonsums zu beobachten, der auch einen Zuwachs negativer Folgen des Cannabiskonsums erwarten lässt ... [unter anderem] ... langfristige psychische Probleme, wie Depressionen, Psychosen oder Schizophrenie ...“ (Kraus 2005, S. 21)

Auch 2016 stellt Cannabis, laut der aktuellen Drogenaffinitätsstudie, die beliebteste und am häufigsten konsumierte illegale Droge unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen dar (vgl. Orth 2016, S. 55-58).

Anhang 2: Lebenszeitprävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2015

TABELLE 9: Lebenszeitprävalenz des Konsums einzelner illegaler Drogen bei 12- bis 17-jährigen Jugendlichen und 18- bis 25-jährigen Erwachsenen im Jahr 2015

	12 bis 17 Jahre			18 bis 25 Jahre		
	Gesamt	männlich	weiblich	Gesamt	männlich	weiblich
Irgendeine illegale Droge	10,2	11,5*	8,8	34,8	42,3*	26,9
Cannabis	9,7	11,2*	8,2	34,5	41,9*	26,6
Irgendeine illegale Droge außer Cannabis	1,8	1,9	1,7	7,7	10,1*	5,2
Ecstasy	0,6	0,7	0,5	4,0	5,5*	2,5
LSD	0,2	0,3	0,2	1,9	2,9*	1,0
Amphetamin	0,3	0,6*	0,1	4,0	5,3*	2,5
Crystal Meth ¹⁾	0,0	0,0	0,0	0,6	1,0	0,2
Kokain	0,5	0,2	0,8	2,9	3,9*	1,9
Crack	0,0	0,1	0,0	0,2	0,4*	0,1
Heroin	0,1	0,1	0,0	0,5	0,9*	0,1
Neue Psychoaktive Substanzen ¹⁾	0,1	0,2	0,0	2,2	3,8*	0,5
Schnüffelfstoffe	0,3	0,3	0,2	1,3	1,7	0,8
Psychoaktive Pflanzen	0,2	0,2	0,3	3,6	5,5*	1,6

Angaben in Prozent

Ergebnisse der Dual-Frame-Stichprobe mit Gewichtung nach Region, Geschlecht, Alter und Bildung

*) Statistisch signifikanter Geschlechtsunterschied mit $p < 0,05$ (Binär logistische Regressionen mit den Kovariaten Alter und Geschlecht)

1) Wegen geringer Anzahl Konsumierender kein Test zu Geschlechtsunterschieden 12- bis 17-Jähriger

(Orth 2016, S. 59)

Anhang 3: Übersicht über verschiedene prospektiv-epidemiologische Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie

Tab. 5: Prospektiv-epidemiologische Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie (Übersicht: Gouzoulis-Mayfrank 2007)

Studie, Publikationen	Kohorte/Follow-up	Hauptergebnisse
schwedische Rekrutenstudie <i>Andreason et al. 2007, Zammit et al. 2002</i>	Baseline: Kohorte n = 45.000 junge Wehrdienstsoldaten Katamnesezeitraum: 14 bzw. 27 Jahre	Cannabiskonsum bei Baseline → 2,4-faches Risiko für Schizophrenie während Follow-up regelmäßiger Cannabiskonsum (≥ 50-mal) → Risiko für spätere Psychose erhöht auf das 6-Fache
Dunedin-Studie, Neuseeland <i>Arseneault et al. 2002</i>	Baseline: Geburtskohorte n = 1.037 Follow-up-Untersuchungen im Alter von 11, 15, 18 und 26 Jahren	Früher Cannabiskonsum im Alter von 15 Jahren sagt spätere schizophreniforme Störung im Alter von 26 Jahren voraus (OR: 4,5). Cannabiseffekt unter Signifikanzniveau nach Korrektur für subklinische psychotische Symptome im Alter von 11 Jahren (Interaktion Vulnerabilität für Psychose und Cannabis!)
CHDS-Studie (Christchurch Health and Development Study) Neuseeland <i>Fergusson et al. 2003, 2005</i>	Baseline: Geburtskohorte n = 1.265 jährliche Follow-up-Untersuchungen bis Alter 16, dann im von Alter 18, 21 und 25 Jahren	früher Cannabiskonsum assoziiert mit höherem Ausmaß späterer subklinischer psychotischer Symptome
EDSP-Studie (Early Developmental Stages of Psychopathology), Süddeutschland <i>Henquet et al. 2005</i>	Baseline: Adoleszentenkohorte n = 2.500 im Alter von 14 bis 17 Jahren Follow-up-Zeitraum vier Jahre	früher Cannabiskonsum assoziiert mit höherem Ausmaß späterer subklinischer psychotischer Symptome stärkerer Effekt des Cannabiskonsums, wenn bereits bei Baseline subklinische psychotische Symptome nachweisbar (Interaktion mit Prädisposition!); aber: subklinische psychotische Symptome bei Baseline ohne Voraussagewert für späteren Cannabiskonsum

Tab. 5: Prospektiv-epidemiologische Studien zur Frage des Zusammenhangs zwischen Cannabiskonsum und Schizophrenie (Übersicht: Gouzoulis-Mayfrank 2007) – Fortsetzung

Studie, Publikationen	Kohorte/Follow-up	Hauptergebnisse
NEMESIS-Studie, Niederlande <i>Van Os et al. 2002</i>	Baseline: Kohorte n = ca. 4.000 Follow-up-Zeitraum drei Jahre	früher Cannabiskonsum assoziiert mit höherem Ausmaß späterer subklinischer psychotischer Symptome
Zuid Holland-Studie, Niederlande <i>Ferdinand et al. 2005</i>	Baseline: Kohorte n = 1.500 im Kindes- und Adoleszentenalter Follow-up-Zeitraum 14 Jahre	früher Cannabiskonsum assoziiert mit höherem Ausmaß späterer subklinischer psychotischer Symptome stärkerer Effekt des Cannabiskonsums, wenn bereits bei Baseline subklinische psychotische Symptome nachweisbar (Prädisposition !); aber auch: subklinische psychotische Symptome bei Baseline mit Voraussagewert für späteren Cannabiskonsum (Modell gemeinsamer Vulnerabilitätsfaktoren oder bidirektionaler kausaler Zusammenhänge favorisiert)

(Gouzoulis-Mayfrank 2007 in Gouzoulis-Mayfrank 2014, S. 77-78)

Anhang 4: Ablaufmodelle strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse

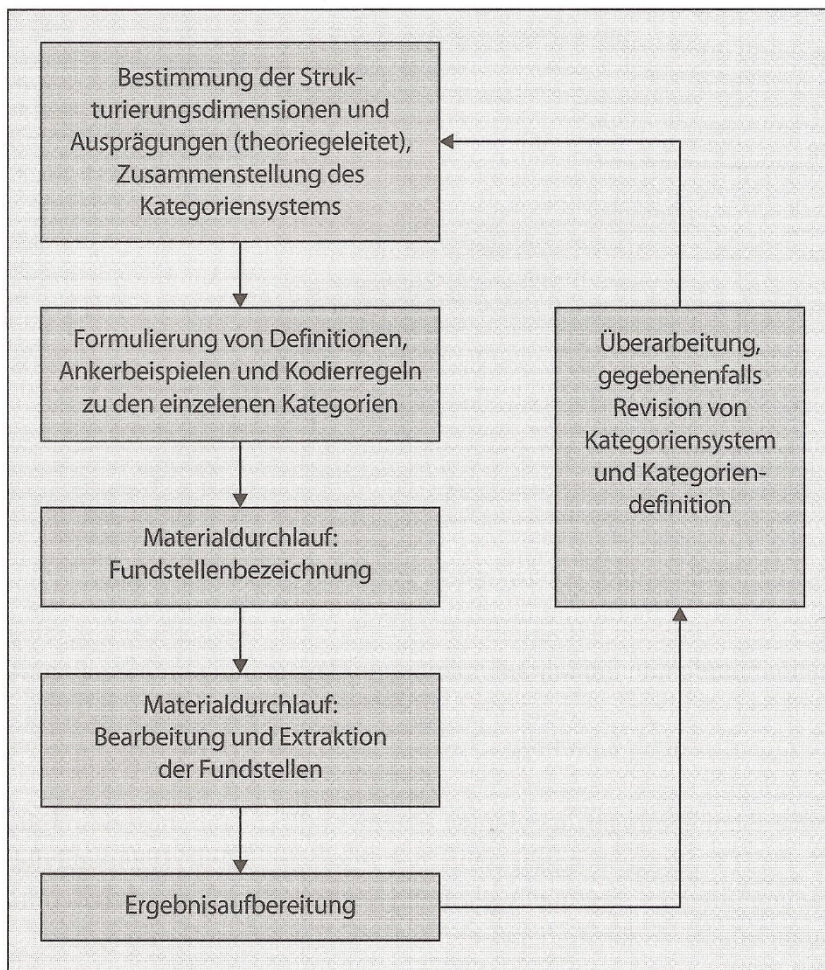


Abb. 23: **Ablaufmodell strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse**

(Mayring 2016, S. 120)

Anhang 5: Vormerkung zum Interview

Zuerst einmal danke, dass du dir Zeit für mich nimmst.

Im Rahmen meiner Bachelor-Thesis möchte ich mich mit psychiatrischer Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen befassen. Dies möchte ich am Beispiel der Cannabiskonsumstörung in Verbindung mit der substanzinduzierten Psychose tun.

Ziel meiner Bachelorarbeit ist es herauszufinden, welche Auswirkungen diese Doppeldiagnose auf die Arbeit mit jungen Menschen im Alter von 12-25 Jahren in der Suchtberatung haben kann.

Hierfür möchte ich zwei ExpertInneninterviews mit SuchtberaterInnen in den Kreisstädten Böblingen und Sindelfingen durchführen. Die Ergebnisse werden selbstverständlich vertraulich behandelt, nur im Rahmen meiner Bachelor-Thesis an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg verwendet und nicht an Dritte weitergeben. Hierzu möchte ich das Interview aufzeichnen, um es anschließend transkribiert für meine Bachelor-Thesis zu verwenden.

Bist du mit diesen Bedingungen einverstanden und damit, dass ich das Interview aufzeichne?

Darf ich deinen Namen und den Namen der Einrichtung, für die du arbeitest, nennen?

- Einverständniserklärung aushändigen!!
- Aufnahmegerät einschalten!!

Anhang 6: Interviewleitfaden für die ExpertInneninterviews

Zweck: Bachelor-Thesis von Manuela Heinz

Titel der Thesis: Psychiatrische Komorbidität bei Abhängigkeitserkrankungen am Beispiel der Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung und Psychose

Fragestellung: Welche Auswirkungen kann die Doppeldiagnose Cannabiskonsumstörung in Verbindung mit der Psychose auf die Arbeit mit jungen Menschen im Alter von 12 bis 25 Jahren in der Suchtberatung haben?

Fragen:

1. Könntest du bitte zu Anfang kurz etwas zu dir und deiner Arbeit hier in der Suchtberatung erzählen?
2. Wie läuft ein typisches Beratungsgespräch mit einem Menschen mit einer Abhängigkeit ab?
3. Wie hoch schätzt du den Anteil deiner KlientInnen die eine Cannabiskonsumstörung diagnostiziert bekommen haben?
4. Wie alt sind deine KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung im Durchschnitt?
5. In welchem Zusammenhang stehen dein(e)s Wissens nach Cannabiskonsumstörung und Psychose?
6. In wie weit wurde das Thema Cannabiskonsumstörung in Zusammenhang mit einer Psychose in deinem Studium oder in Form von Fortbildungen thematisiert?
7. Hast du während deines Studiums, in Fortbildungen oder auch in Eigenrecherche Techniken im Umgang mit psychotischen Menschen gelernt?
8. Wie oft (circa) hattest du in deiner bisherigen Arbeit in der Suchtberatung KlientInnen mit Cannabisabhängigkeit in Verbindung mit einer Psychose?
9. Gibt es deiner Erfahrung nach besondere Vorgehens- oder Verhaltensweisen im Umgang mit diesen KlientInnen, die du jemandem der neu in der Suchtberatung anfangen möchte, nahelegen würdest?
10. Inwiefern verändert sich deine Beratungsroutine, die du mir ja bereits in Frage 2 erläutert hattest, wenn du bemerkst bzw. weißt, dass dein(e) KlientIn neben einer Cannabisabhängigkeit auch eine Psychose hat?
11. Wie äußert sich deiner Erfahrung nach psychotisches Verhalten im Beratungskontext?
12. Ich stelle der folgenden Frage voraus, dass es klar ist, dass im Allgemeinen Abhängigkeit (hier Cannabisabhängigkeit) sowie eine psychische Erkrankung (hier die Psychose) nur von einem Arzt diagnostiziert werden können:

Hattest du schon einmal KlientInnen in der Beratung, bei denen eine reine Cannabisabhängigkeit diagnostiziert wurde, du jedoch stark die Vermutung hattest, dass der/die KlientIn trotzdem psychotisches Verhalten zeigte?

13. Wie würdest du in so einem Fall vorgehen?
14. Könntest du mir bitte etwas über die Schweigepflicht in der Suchtberatung erzählen und wie es sich mit dieser in Verbindung mit der hypothetischen Situation aus den zwei vorangegangenen Fragen verhält?
15. Gibt es aus deiner Sicht noch wichtige Aspekte des Themas, die deinem Gefühl nach im Interview nur wenig berücksichtigt wurden?

Anhang 7: Interviewtranskription des ExpertInneninterview mit Lisbeth O- tertag

1 Transkription des ExpertInneninterviews mit Lisbeth Ostertag

2 Datum: 08.08.2016

3
4 I: Könntest du mir bitte zu Anfang etwas zu dir und deiner Arbeit hier in der Suchtberatung
5 erzählen?

6
7 B: Ja, ich arbeite jetzt seit 2010 wieder in der Suchtberatung. Ich war schon mal vor 30 Jahren
8 hier ein halbes Jahr als Elternzeitvertretung. Wobei damals die Strukturen ganz anders waren.
9 Damals war das eine reine legale Suchtmittelberatungsstelle und inzwischen machen wir ja
10 alle alles. Also in allen vier Suchthilfe Centern. Und ähm ja, ich arbeite hier halbtags, das heißt
11 Alkoholabhängigkeit ist mir eigentlich auch vor 30 Jahren schon begegnet. Mit illegalen
12 Drogen habe ich es jetzt erst seit sechs Jahren hier zu tun bekommen. Insofern ist es auch
13 immer noch ein Lernfeld für mich und immer noch viele Dinge die ich nicht so weiß wie jemand
14 der damit vielleicht großgeworden ist. Auch wenn es jetzt so um Legal Highs geht, aber da
15 denke ich sind alle Suchtberater am lernen.

16
17 I: Das heißt also diese was du vorhin meintest mit, was früher gab es mehr legal, heute gibt
18 es auch illegal, meinst du jetzt gerade so illegale Drogen, so Cannabis, oder..?

19
20 B: Genau, genau. Also ganz früher wo ich hier angefangen habe zu arbeiten ging es rein um
21 Alkohol. Medikamenten-Abhängigkeit war selten ein Thema. Und jetzt haben wir die ganze
22 Bandbreite einschließlich auch dem Spiel, der Spiel-Sucht in größerem Umfang als vor 30
23 Jahren und eben die ganzen illegalen Drogen einschließlich Cannabis. Ja?

24
25 I: Das heißt was für eine Ausbildung hast du gemacht?

26
27 B: Ich habe eine Sozialpädagogik-Ausbildung, BA-Studium also duales Hochschulstudium
28 und später habe ich systemische Familientherapie gemacht und bin eigentlich auch jetzt eher
29 oder sehr oft am kucken wie Beziehungen, wie Kommunikation, wie Interaktion läuft auch in
30 der Suchtberatung. Wobei ich denke mit jemandem der akut in der Sucht drin steckt und hier
31 aufläuft einfach erst mal so ne Notfall-Erstversorgung, Akutversorgung nötig ist, als das man
32 jetzt unbedingt Systeme ankuckt.

33
34 I: Okay und diese Akutversorgung die du jetzt angesprochen hast ist nicht der normale
35 Beratungskontext, oder wie unterscheidet sich das? Vielleicht kannst du kurz erzählen, wie
36 so ein typisches Beratungsgespräch abläuft mit jemandem der hier aus irgendwelchen
37 Gründen von Abhängigkeit (...) aufläuft.

38 B: Üblicherweise kommen die Leute ja erst mal in eine offene Sprechstunde. Das ist
39 manchmal eher ein bisschen kurz. So 15, 20 Minuten Gespräch. Aber für sehr viele
40 Suchtkranke ist das eigentlich auch lang genug. Weil eine Stunde wäre ihnen wahrscheinlich
41 eh zu lang. Das heißt man hat einen ersten Face-to-Face-Kontakt. Man hat sich mal gesehen.
42 Man hat das Problem angesprochen. Man hat vielleicht ein Stück weit die Erwartungen
43 abgeklopft von dem Betreffenden, was er sich vorstellen kann, was er sich gar nicht vorstellen
44 kann. Wenn es geht ein Stück weit Informationen geben über die weiteren
45 Behandlungsmöglichkeiten. Das ist der typische Verlauf von einem Erstgespräch über den
46 offene Sprechstunde Kontakt. Und ansonsten in einem Erstgespräch würde man vielleicht
47 noch, also in einem länger dauernden: Wie lange besteht die Sucht? Um welche Wirkung geht
48 es? Welche Funktion hat das Suchtmittel? Wie (...) Ja, wie wirkt es sich aus auf das Leben?
49 Hat es eher körperliche Auswirkungen? Hat es eher soziale Auswirkungen? Hat es eher
50 mentale Auswirkungen das Suchtmittel? Was ist der unmittelbare Anlass in die Beratung zu
51 kommen? Weil das Problem ja nicht erst seit gestern besteht, sondern oft über viele Jahre.
52 Was war jetzt? Was ist jetzt passiert damit jemand tatsächlich den Weg in die Beratungsstelle
53 macht? Ja.

54

55 I: Das heißt ein länger andauerndes Gespräch meintest du jetzt das sozusagen das zweite
56 oder das dritte Gespräch- nicht der Erstkontakt über die Sprechstunde?

57

58 B: Nee. Der Erstkontakt über die Sprechstunden der wird von uns sehr knapp behalten. Das
59 heißt man muss sehr genau kucken: Was kann der Klient jetzt im Moment? Was interessiert
60 den? Was kann der aufnehmen? Weil wir oft die Erfahrung machen, dass sehr viele Menschen
61 auch nach langjähriger Beratung oder Kontakt zur Suchtberatung immer noch nicht
62 unterscheiden können zwischen einer Entgiftungsbehandlung oder einer
63 Entwöhnungsbehandlung. Und diese, also ich muss einfach kucken, wie viel
64 Aufnahmekapazität hat irgendjemand im Erstgespräch, dass ich ihn auch nicht überfrachte
65 und wenn die Leute das Gefühl haben da kommen Berge auf mich zu was ich alles zu tun und
66 zu erledigen habe. Und da wir ja auch Abstinenzorientiert in der Regel beraten ist das ja schon
67 Kapitel genug und Berg genug und deswegen kann ich ihn nicht mit allen Infos überfrachten
68 sondern muss wirklich wohldosiert bei diesem Erstgespräch vorgehen.

69

70 I: Okay, super. Dankeschön! Wie hoch schätzt du den Anteil deiner Klienten und Klientinnen
71 ein, die eine Cannabiskonsumstörung diagnostiziert bekommen haben?

72

73 B: Ja in der Beratung, oder?

74

75 I: Deine Klienten. (...) Nur so vom Gefühl.

76

77 B: Ich habe\ Sind vielleicht zehn Prozent. Aber es ist eine geschätzte\ Weil wir haben
78 tatsächlich nicht\ Ich habe das jetzt nicht so häufig in der Beratung. Ich würde jetzt gefühlt
79 sagen zehn Prozent. Und selten, ist die Frage auch ob du jetzt reine Cannabis Störung oder
80 diese ganzen Mischformen meinst, die ja in der Regel heute auch sehr weit verbreitet sind.
81 Das es dann doch Phasen gibt wo dann eben auch Amphetamine konsumiert werden oder
82 was auch immer. Also reden wir rein um Cannabis oder um (...) Menschen die mehrere Stoffe
83 zu sich nehmen? Aber gefühlt, also, eine überwiegende Zahl hat immer noch ein
84 Alkoholproblem, die hier herkommen. Und Cannabis bei mir vielleicht zehn Prozent.

85

86 I: Auch unabhängig von der Hauptdiagnose? Also so wie du sagtest "Mischformen", dass
87 jemand Cannabis zusätzlich konsumiert? Würdest du das auch auf nur zehn Prozent schätzen
88 oder würdest du sagen das ist dann höher oder niedriger?

89

90 B: Ja es sind natürlich mehr. Ja? Es gibt ja auch Menschen die jetzt Hauptdiagnose vielleicht
91 dann doch eher auf Amphetaminen hängen geblieben sind und das Cannabis gelegentlich
92 konsumieren. Nee, dann sind es natürlich mehr.

93

94 I: Was würdest du sagen so vom Gefühl her?

95

96 B: Schwierig, echt schwierig. Das müsste ich echt mal in der.. also das habe ich jetzt gerade
97 nicht parat und nicht im Kopf wie viele das sind. Ja? Die gehen ja jetzt, sollen ja jetzt auch alle
98 nach Sindelfingen überwechseln. Und wir haben zwar neulich diese Zahlen besprochen, aber
99 ich habe sie nicht, ich habe sie überhaupt nicht auf dem Schirm. Ja?

100

101 I: Okay, kein Problem.

102

103 B: Gefühlt sind das höchstens, ja irgendwo zwischen zehn und zwanzig Prozent.

104

105 I: Trotzdem?

106

107 B: Ja, ja. Genau.

108

109 I: Okay. Wir hatten es ja gerade von mehreren also von Mischkonsum oder von
110 Hauptdiagnose. Wie alt schätzt du etwa so deine Klienten oder Klientinnen ein, die eine
111 Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung haben?

112 B: Oh puh. (seufzt)

113

114 I: So im Durchschnitt.

115

116 B: 18-23? Also noch jüngere kommen ja nicht. Die kommen ja nicht mit 16. Die kommen ja
117 dann erst ein bisschen später, weil dann erst die Sucht sich (...) irgendwie (...) ja die
118 Auswirkungen der Sucht dann erst zwei, drei, vier, fünf Jahre später sich manifestieren. Am
119 Anfang vom Konsum kommt ja keiner hier in die Beratungsstelle. Wenn sie es vielleicht mit
120 14, 15, 16 anfangen zu konsumieren. Deswegen denke ich sind sie eher bei 18, 19, 20
121 anzusiedeln. Ja?

122

123 I: Und von deiner Erfahrung her, wenn deine Klienten mit Hauptdiagnose
124 Cannabiskonsumstörung erzählen, wann sie so den ersten Konsum hatten? Wo bewegen wir
125 uns da?

126

127 B: Zwölf, dreizehn, vierzehn, fünfzehn, so in der\ Aber eben ohne (...) spürbar negative
128 Auswirkungen für ihr Leben. Das macht sich dann erst später breit.

129

130 I: Wie würdest du sagen machen sich diese negativen Auswirkungen dann breit bei ihnen?

131

132 B: Naja, weil Cannabis ja doch oft in der Jugend angefangen hat, angefangen wird zu
133 konsumieren macht es sich dann oft in dieser Identitätsfindung\ Also ja: Wo gehöre ich hin?
134 Wo will ich hin? Was will ich aus meinem Leben machen? Welchen Sinn hat mein Leben?
135 Woran habe ich Spaß? Wo, was möchte ich beruflich machen? Auch die
136 Geschlechtsentwicklung finde ich, leidet dann manchmal, dass ich nicht so recht weiß\ Die
137 weibliche und die männliche Identität sind dann manchmal etwas gedämpfter. Ja. Es ist so
138 ein hängen bleiben in einer pubertären Phase, die sich dann, wo sich dann eben ein 23
139 jähriger immer noch wie ein 16 jähriger benimmt. Und das was ich am markantesten finde bei
140 Cannabis-Konsum ist die Laschheit, das Resignieren, das: "Komme ich heute nicht, komme
141 ich morgen". Also (...) ja. Und im Moment natürlich dann auch noch die kriminelle Seite vom
142 Cannabis-Konsum. Eben erwischt zu werden und dann eben strafrechtliche Konsequenzen
143 tragen zu müssen. Aber für den Jugendlichen persönlich finde ich es eigentlich am
144 schlimmsten, dass er so in diesem "Komme ich heute nicht, komme ich morgen", eigentlich
145 hängen bleibt und dann Hobbies vernachlässigt, berufliches, schulisches vernachlässigt,
146 Freundschaften vernachlässigt. Und ja, nicht in die Pötte kommt und keine Interessen verfolgt.

147

148 I: In welchem Zusammenhang stehen deines Wissens nach Cannabis-Abhängigkeit und
149 Psychose?

150

151 B: Ahm.. (...) Ich finde, also ich glaube wenn ich im Jahr da so drei, vier Fälle habe, wo es
152 reine Cannabiskonsumenten gibt, die hier auftauchen, da finde ich kann man jetzt noch keine
153 große Relation herstellen. Es ist klar, dass Cannabis eine Disposition zur Psychose auslösen,
154 eine Psychose auslösen kann, bei Menschen, die eben irgendwelchen Gründen dazu neigen
155 eine Psychose zu bekommen. Ja? Umgekehrt kann es aber auch sein, dass Menschen
156 gemerkt haben, dass sie zum Beispiel eine große Ängstlichkeit oder eine große Unsicherheit
157 mit Cannabis dämpfen können und da halbwegs angstfrei durchs Leben laufen und erst durch
158 den Entzug merken\ Aber wenn wir, also wir reden jetzt von Ängstlichkeit und Verunsicherung,
159 also nicht von jemandem, der schon knalle psychotisch ist, sondern ängstlich und
160 verunsichert. Aber ich denke, dass es da eine bestimmte Disposition gibt psychotisch werden
161 zu können und das kann natürlich sowohl durch Cannabis wie durch andere Drogen sehr
162 vorangetrieben werden.

163

164 I: Du hattest vorhin noch erwähnt, dass gerade so das Einstiegsalter von deinen Klientinnen,
165 die Cannabis-Konsumstörung diagnostiziert bekommen haben so zwölf, dreizehn und das die
166 dann mit 16, 17, 18 irgendwann später hier auflaufen, wenn es schief läuft. Woran liegt es
167 deiner Meinung nach, dass insbesondere junge Menschen zu Cannabis greifen?

168

169 B: Na gut, in der Regel ist natürlich die Peergroup sehr entscheidend, dass ich einsteige, dass
170 ich Suchtmittel ausprobieren welcher Natur auch immer. Ob ich jetzt eher Alkohol früh
171 ausprobieren, rauchen, oder mit Cannabis in Kontakt komme. Aber mit, ja (...). Ich könnte\ Also
172 so wie du die Frage gestellt hast kann ich jetzt da dir nichts Sinnvolles drauf antworten. Warum
173 gerade Cannabis. Und es ist nach wie vor denke ich oft eine Einstiegsdroge auch für noch
174 andere Drogen auszuprobieren.

175

176 I: Ich glaube das geht in die Richtung wie ich die Frage gemeint habe. Vielleicht habe ich es
177 ein bisschen schwierig formuliert, aber vielleicht auf eine andere Weise: Wieso glaubst du,
178 dass gerade Cannabis eine Einstiegsdroge ist? Oder wieso ist das\ Das hört man ja auch so
179 im Volksmund immer mal wieder das "Die Einstiegsdroge ist Cannabis". Was glaubst du
180 woran das liegt?

181

182 B: Naja, es ist schon doch relativ verfügbar, ja? Und wird ja auch als harmlose Droge oft
183 dargestellt. (...) Ja. Aber wie gesagt so die Verknüpfung mit Jugendlichen die ich kenne, die
184 das Zeug nehmen\ (...) Cannabis macht ja bis zu einem gewissen Punkt auch gesellig, wo ich
185 dann vielleicht sonst nicht so ein geselliger Mensch bin. Bis es halt kippt und dann nicht mehr
186 gesellig macht, aber, ja. Ich kann dir das nicht irgendwie nicht schlüssig\

187

188 I: Nee, das passt ja. Wunderbar. Dankeschön! Inwieweit wurde das Thema
189 Cannabiskonsumstörung in Zusammenhang mit einer Psychose in deinem Studium oder in
190 der Fortbildung die du vorhin erwähnt hattest, die systemische, thematisiert?

191

192 B: Mein Studium liegt ganz schön weit, ist ganz schön lange her, ja? Und ich habe auch in
193 der Psychiatrie damals Praktikum gemacht, das heißt ich hatte zu den psychiatrischen
194 Krankheitsbildern ziemlich viel Wissen. Habe auch Suchtberatung, aber ich glaube die Kombi
195 ist jetzt nicht großartig\ Also ich habe immer schon gewusst, dass es drogeninduzierte
196 Psychosen gibt, ja? Aber ich glaube nicht, dass ich im Studium da sehr viel Zeit drauf
197 verwendet habe mich in der Weise zum Beispiel wie du dich jetzt mit dem Thema, also so
198 intensiv mit dem Thema befasst habe wie du das jetzt tust, ja? Also minimalistisch, also ich
199 denke eher, dass das wie zwei Stränge behandelt wurden: Also hier die psychiatrischen
200 Krankheitsbilder und hier eher die süchtigen Krankheitsbilder, wobei es auch naheliegend ist,
201 dass das natürlich ineinander greift.

202

203 I: Okay, in der systemischen Weiterbildung wurde das auch nicht deutlicher thematisiert mal
204 als jetzt im Studium?

205

206 B: Nee, nee.

207

208 I: Okay. (...) Ähnliche Frage: Hast du dann während deines Studiums oder während der
209 Fortbildung oder auch irgendwie in Eigenrecherche Techniken gelernt im Umgang mit
210 psychotischen Menschen? (...) Was da vielleicht wichtig wäre zu beachten? Oder in die
211 Richtung.

212

213 B: Also Techniken in dem Sinne nicht. Ich denke, dass mit einer Psychose egal welcher
214 Couleur immer große, große Ängste einhergehen und das man natürlich kucken muss, wie
215 man im ersten Step wahrscheinlich Angst reduziert, eher beruhigend, Sicherheit gebend auf
216 den Menschen einwirkt. Je nachdem, wie mir der psychotische Mensch begegnet. Also in der
217 Regel sind psychotische Menschen, die bei uns in der Sucht auflaufen natürlich erst mal
218 irgendwo psychiatrisch versorgt worden. Und das ist auch wichtig, das ist auch notwendig.
219 Und was die Sucht dann betrifft, also wenn so also egal ob jetzt die Psychose durch die Droge
220 ausgelöst worden ist oder ob die Droge, sage ich mal nur verstärkend gewirkt hat oder wie
221 auch immer ist immer wichtig da auf Abstinenz hin zu wirken. Weil dann erst auch behandelt
222 werden kann, sowohl medikamentös also auch soziotherapeutisch. Die den unklaren
223 psychischen Zustand kriegst du natürlich nur irgendwie wieder geregelt wenn auch die Droge
224 weg ist. Wobei es natürlich umgekehrt\ Es hängt natürlich auch von dem Menschen ab, ob
225 der selber die Idee hat: "Die Drogen haben das mit mir gemacht", oder ob der die Idee hat:

226 "Die Droge hilft mir ja mit der Angstseite zurechtzukommen". Und je nachdem wird er der
227 Abstinenz natürlich positiver oder negativer gegenüberstehen. Wenn jemand wirklich
228 herkommt und sagt: "Ich habe eine Psychose weil ich Drogen genommen habe". Dann wird
229 er einsehen, motivierter sein etwas gegen seinen Drogenkonsum zu tun, wie wenn er sagt:
230 "Naja, es hilft mir aber meine Ängste zu reduzieren und den Alltag zu bewältigen und nicht so
231 depressiv zu sein", oder so. Dann ist es für den schwer von dem, von Cannabis im Sinne einer
232 Selbstmedikation oder Selbstheilung wegzukommen.

233

234 I: Und wie äußert sich jetzt, du hast vorhin schon so ein bisschen erzählt, psychotisches
235 Verhalten im Beratungskontext? Also wie würdest du das wahrnehmen, oder sehen wenn
236 jemand psychotisch wäre hier bei dir in der Beratung?

237

238 B: Naja, das markanteste, also gut Psychosen haben natürlich unterschiedliche, aber ich gehe
239 jetzt eher mal von diesen halluzinatorischen Wahnvorstellungen aus. Ängste, Verunsicherung
240 und Realitätsverlust. Also ich denke schon, dass man sagen kann man kriegt schon mit wenn
241 jemand irgendwo in einer anderen Welt lebt, also nicht meine Realität hat, sondern eine
242 Realität, die außerhalb meiner Realität liegt. Das jemand sagt er hört Stimmen, oder andere
243 Halluzinationen, oder er fühlt sich verfolgt oder sehr verunsichert in dieser Welt. Also an
244 solchen Eigenschaften würde ich das festmachen, dass jemand sofern er das eben nicht
245 schon hat doch einen Psychiater aufsucht.

246

247 I: Äußert sich das noch oder kann das sich auch noch anders äußern abgesehen von
248 Halluzinationen was du bis jetzt erlebt hast im Beratungskontext?

249

250 B: Naja, Psychose meint ja auch die manisch-depressiven Erkrankungen oder die
251 Schizophrenie also wirklich so geteilte Persönlichkeit aber in der Regel haben Menschen die
252 Drogen nehmen weitestgehend so eher Halluzinationen, Wahnvorstellungen,
253 Verfolgungsängste, ja, sowas. Oder sie sind affektiv sehr unruhig, sehr aufgebracht, sehr
254 ängstlich. (...) Auf was wolltest du hinaus?

255

256 I: Nee, das war die Frage. Genau richtig verstanden. Genau das hat mich interessiert. Vorhin
257 hatten wir es ja über wie so das typische Beratungsgespräch abläuft so nach auch Erstkontakt
258 und dann weiterführende Beratungsgespräche. Inwiefern verändert sich diese
259 Beratungsroutine die du erklärt hattest, wenn du merkst oder weißt, dass jemand neben seiner
260 Cannabiskonsumstörung eine Psychose hat? (...) Beziehungsweise verändert es was in
261 deiner Beratungsroutine?

262

263 B: Ja natürlich. Also angenommen jemand läuft hier knalle psychotisch ein. Der ist ja für meine
264 Realität, also ihm irgendwelche Informationen zu geben, ihm irgendwelche Wege aufzuzeigen
265 ist der ja in dem Moment gar nicht aufnahmefähig. Der hat im Moment seine Vorstellung. Also
266 wenn er akut psychotisch ist, ja? Dann denke ich muss ich mit dem einfach beruhigend
267 vielleicht einen Schritt weiter gehen. Ja? Und nicht ihn mit allzu vielen Infos überfrachten oder
268 allzu viele Informationen von ihm abfragen wo er gerade gar nicht mitkommt. Also es passiert
269 ja relativ selten, dass hier jemand wirklich im knalle psychotischen Zustand kommt. Wenn die
270 Leute, die Psychose wenn die im Abklingen ist, dann hat denen jemand gesagt: "Jetzt gehen
271 Sie mal in die Beratungsstelle und sprechen Sie da nochmal über ...", ja? Die kommen ja
272 nicht in erster Linie\ Wenn jemand unter Psychose leidet, dann läuft der nicht in erster Linie
273 bei der Suchtberatung ein, sondern in der Regel kommt er entweder in die Psychiatrie oder
274 zum Psychiater. Und erst wenn die Psychose wieder abklingt kommen die hierher, weil
275 jemand gesagt hat: "Suchen Sie auch noch eine Suchtberatungsstelle auf. Und was können
276 die Ihnen anbieten".

277

278 I: Okay. (...) Passend zu dem Thema: Wie oft hattest du das bisher in deiner Arbeit hier in der
279 Suchtberatung, oder vielleicht auch damals in der Suchtberatung? Ist ja eher untypisch, wenn
280 ihr keine illegalen Drogen hattet, aber: Generell. Dass du einen Klienten hattest mit
281 Cannabiskonsumstörung in Verbindung mit einer Psychose?

282

283 B: Ich hatte heute eine junge Frau da, bei der weiß ich nicht, ob ich das als Psychose werten
284 soll. Ich habe mit der erst zwei Gespräche gehabt. Aber die leidet unter schweren
285 Angstzuständen. Die leidet unter schweren Albträumen nachts. Also die träumt so bildhaft,
286 dass sie inzwischen nicht mehr schlafen kann vor lauter Angst vor dem nächsten Traum. Gut,
287 was bei der mit Sicherheit da ist, ist eine Borderline-Erkrankung und in dieses Bild passt dann
288 auch wieder, passen dann wieder ihre Träume. Ich weiß nicht, ich kann so etwas nicht
289 beurteilen ob so etwas im engeren Sinne letztendlich als Psychose zu bezeichnen ist. Die hat
290 selbstzerstörerisches Verhalten, die hat selbstzerstörerische Albträume, aber sie hat nicht
291 unbedingt den Realitätsverlust im Sinne von, das sie, also sie weiß, dass das ein Traum ist
292 und das die Realität eine andere ist. Aber sehr häufig kommt das nicht vor, dass tatsächlich\
293 Oder (...) ja, vielleicht drei, vier Leute im Jahr?

294

295 I: Mit beiden Diagnosen?

296 B: Ja, mit dieser Kombi aus\ Wobei ich nicht weiß, ob wirklich immer nur Cannabis. Ob nicht
297 dann doch auch das ausprobieren\ Also die, die mir jetzt einfallen die haben auch immer
298 wieder mit Pilzen und Halluzinogenen herumexperimentiert. Wobei man sagt ja: Das THC
299 heute ist sehr viel stärker als früher und es ist viel unberechenbarer in welcher Intensität es
300 auf dem Markt ist. Und daher kann es auch noch einmal richtig zuschlagen.

301

302 I: Okay. (...) Noch einmal zu den Verhaltensweisen, die du vorhin schon angesprochen hattest
303 mit einem Klienten in einer Beratung der psychotisches Verhalten zeigt. Gibt es deiner
304 Erfahrung nach besondere Vorgehens- oder Verhaltensweisen im Umgang mit diesen
305 Klienten, die diese Doppeldiagnose haben, die du jemandem, der neu in der Suchtberatung
306 anfangen möchte nahelegen würdest am Anfang sich damit zu befassen? (...) So in die
307 Richtung: Die wichtigsten zehn Dinge die du beachten solltest, wenn jemand psychotisches
308 vor dir sitzt.

309

310 B: Naja, ihn tatsächlich in seiner Realität abzuholen. Es hat herzlich wenig Sinn ihm deine
311 Vorgehensweise überzustülpen, wenn er dafür gar nicht aufnahmebereit ist, ja? Also eher mal
312 ihn seine Realität darstellen lassen, also bis zu einem gewissen Punkt, weil das kann dann
313 auch ausufern, aber doch einmal auf seine Realität versuchen einzusteigen und ihn dort
314 abholen, wo er, wo er steht. Und kucken wie viel Aufnahmefähigkeit ist bei ihm da und was
315 hilft ihm? Also einen Schritt weiterzukommen. Keine Überforderung, keine Überlastung,
316 sondern nur alles was irgendwie Angst reduziert. Weil wie gesagt mit der Psychose gehen
317 immer ganz, ganz viele Ängste einher.

318

319 I: Sonst noch irgendwelche anderen Tipps? Die du heute geben könntest, möchtest?

320

321 B: Ja bei der Wahl der Klinik wäre das. Da gibt es ja dann auch noch Unterschiede. Es gibt ja
322 Kliniken, die sich spezialisiert haben darauf mit komorbiden Störungen zu arbeiten und diese
323 Doppeldiagnosen im Blick zu haben.

324

325 I: Das heißt du meinst jetzt, wenn jemand sich entschieden hat: "Ich möchte eine
326 Entwöhnungsbehandlung machen", zu beachten, dass man eine Klinik wählt, die beide
327 Störungen behandeln kann?

328

329 B. Ganz genau. Ganz genau. Ja. Genau.

330

331 I: Okay, du hattest es vorhin auch schon einmal so ganz leicht angedeutet worauf meine
332 nächste Frage abzielen würde. Also, ich stelle der Frage voraus, dass es klar ist, dass
333 Abhängigkeit im Allgemeinen\ Wir sprechen jetzt hier zwar von Cannabisabhängigkeit aber
334 generell sowie eine psychische Erkrankung, hier jetzt die Psychose nur von einem Arzt
335 diagnostiziert werden können. Das ihr hier keine Diagnosen stellt. Das stelle ich als gegeben
336 voraus. Die Frage wäre nun: Hattest du schon einmal einen Klienten oder eine Klientin in der
337 Beratung, bei denen nur eine reine Cannabiskonsumstörung diagnostiziert wurde, du aber die
338 Vermutung hattest: "Hmm, da könnte doch psychotisches Verhalten dabei sein"?

339

340 B: Nee, ich glaube, dass es eher umgekehrt ist, dass die psychotischen, die psychiatrische
341 Erkrankung natürlich für die Außenwelt viel stärker auffällt als jetzt nur der reine
342 Cannabiskonsum. Und die Auswirkungen der Psychose natürlich dazu führen, dass jemand
343 schon einmal psychiatrisch behandelt wurde oder mehrfach psychiatrisch behandelt wurde
344 und dann eher nach relativ langer Zeit psychiatrischer Behandlung dann jemand auch in der
345 Suchtberatung landet und dann sagt: "Naja, ich habe jetzt viel probiert, aber wahrscheinlich
346 muss ich auch mein Lieblingssuchtmittel lassen um wieder auf die Beine zu kommen". Oder
347 es ist jetzt erst jemand auf die Idee gekommen ja zu sagen, dass das ja vielleicht mit den
348 Drogen ein Zusammenhang ist. Aber in der Regel ist, sind die Auswirkungen eines
349 psychotischen Verhaltens, oder psychotischer Ausdrücke ja viel auffallender für die
350 Umgebung als jetzt der Cannabiskonsum. Und deswegen wird an der Stelle dann auch zuerst
351 reagiert. Oder dann kommt der ja wie gesagt vielleicht nicht zunächst in die Entgiftung,
352 sondern erst mal in eine psychiatrische Klinik.

353

354 I: Okay. Hypothetische Situation jetzt: Es wäre so du hättest jemanden da, der eine
355 Cannabiskonsumstörung diagnostiziert bekommen hat. Und auch wenn es nur unterschwellig
356 ist du nur irgendwie das Gefühl kriegen solltest: "Hmm, vielleicht wurde da an einer anderen
357 Stelle irgendetwas übersehen oder vielleicht ist da doch psychotisches Verhalten". Muss ja
358 noch nicht einmal sicher sein, aber nur die Vermutung irgendwie zu haben. Wie würdest du
359 da vorgehen?

360

361 B: Naja, da die Psychiater bei uns hier im Landkreis keinen Termin morgen anbieten können\

362 Also das wäre für mich das Naheliegendste ihn zu einem Psychiater zu schicken, aber dann

363 eben die psychiatrische PIA, die Ambulanz, sie dort mal vorstellig werden zu lassen. Und dort

364 mit einem Psychiater klären zu lassen, wie das denn, was getan werden muss, als Nächstes.

365

366 I: Die PIA, kannst du das vielleicht kurz erläutern?

367

368 B: Psychiatrische Institutsambulanz. Die hier am Gemeindepsychiatrischen Zentrum
369 angegliedert ist und ja, wo man einfach ambulant hinkommen kann, wenn die Not groß ist.

370 I: Also da kann man einfach wenn man psychotisches Verhalten hat, oder kann jemanden der
371 psychotisches Verhalten hat dort hinschicken ohne groß vor Termin und der wird dann
372 psychiatrisch begutachtet?

373

374 B: Ja, genau.

375

376 I: Okay. Und könntest du mir noch etwas über eure Schweigepflicht hier erzählen und wie das
377 sich gerade in Verbindung mit dieser hypothetischen Situation verhalten würde? Also
378 inwieweit dürft ihr nach außen Informationen geben und wenn dann eben mit zum Beispiel
379 der Klient psychotisch ist, müsstest du ja dich auch irgendwie mit der PIA in Verbindung
380 setzen. Und\ (unv. überlappendes Sprechen)
381
382 B: Muss ich nicht zwangsläufig.
383
384 I: Nicht? Okay.
385
386 B: Nee. Also ich könnte natürlich, aber\ (...) Also es ist eine hypothetische Situation von der
387 wir gerade reden, weil ich sie in der Form tatsächlich noch nicht hatte. (...) Aber, und wenn es
388 um einen sehr jungen Menschen geht, kommt der vielleicht wenn er psychotisch ist auch in
389 Begleitung eines Erwachsenen. Ja, weil wie gesagt die psychiatrische Auffälligkeit ja im
390 Vordergrund steht und halt irgendein Erwachsener ja auch Angst um denjenigen hat und den
391 dann hierher begleitet. Also wenn ich mir das so vorstelle, dann würde ich eben diesem
392 Angehörigen sagen: "Bitte nehmen Sie dort Kontakt auf und werden Sie vorstellig mit ihrem
393 Sohn, Tochter, dort oben". Oder, ja, oder ich würde Kontakt aufnehmen, aber dann in
394 Anwesenheit des Betreffenden und also das ich dann den Termin vereinbare. Ich habe da
395 keine Datenschutzprobleme, weil ich es ja entweder in Anwesenheit des Klienten mache oder
396 ihn dort hinschicke.
397
398 I: Okay. Das heißt, wenn der Klient anwesend ist, ist es keine Verletzung der Schweigepflicht,
399 wenn du mit jemandem anderen sprichst?
400
401 B: Nee.
402
403 I: Okay. Und wenn du, wenn der Klient einen Angehörigen dabei hat gibst du die Aufgabe in
404 dem Sinne weiter, da musst du dich ja gar nicht mit der Schweigepflicht beschäftigen, weil die
405 Person, die der Klient mitgebracht hat wurde ja somit schon in die Schweigepflicht mit
406 reingenommen, oder?
407 B: Genau.
408
409 I: Okay. Und wie ist es sonst mit der Schweigepflicht? Vielleicht kannst du kurz zwei, drei
410 Sätze dazu sagen inwieweit ihr an die Schweigepflicht gebunden seid und in welchen Fällen
411 ihr diese Schweigepflicht verletzen dürft, oder so in die Richtung?
412

413 B: Wir brauchen immer um nach außen hin irgendwie tätig zu sein, auch im Sinne eines
414 Klienten, brauchen wir immer eine Schweigepflichtsentbindung. (...) Punkt.
415
416 I: Das heißt auch wenn der Klient richtig akut psychotisch ist und du vielleicht das Gefühl hast,
417 dass er sich selbst oder andere verletzen könnte - gilt diese Schweigepflicht oder gibt es da
418 besondere Regelungen in so einer Situation?
419
420 B: Nee, natürlich kann ich, wenn ich das Gefühl habe, dass jemand sich oder Andere
421 gefährdet, was ich jetzt nicht unbedingt bei einem psychotischen Patienten\ Also alle die ich
422 jetzt vor Augen habe sind jetzt keine die sich akut in dem oder in der Beratungssituation
423 irgendwie gefährden\ Klar kann ich dann Notarzt rufen, Einweisung. Aber gut, Einweisung
424 läuft natürlich auch wieder über den Hausarzt.
425
426 I: Das heißt aber in der Situation darfst du den Hausarzt dann kontaktieren ohne deine
427 Schweigepflicht irgendwie zu brechen?
428
429 B: Ja, genau.
430
431 I: Okay. Gibt es aus deiner Sicht noch irgendwelche wichtigen Aspekte gerade was das
432 Thema Cannabiskonsumstörung und Psychose angeht, die jetzt deinem Gefühl nach im
433 Interview nicht ausreichend oder nur wenig berücksichtigt wurden?
434
435 B: Also dadurch das dieses wirklich nicht sehr alltägliches Brot ist, auch die Fragen deines
436 Interviews, da muss ich echt hirnieren und überlegen wie war das in dem einen Fall, wie war das
437 in dem anderen Fall, aber es taucht in meiner Beratungspraxis nicht so oft auf. Und deswegen
438 kann ich wirklich nur deine Fragen beantworten, aber nicht so sehr jetzt denken das oder das
439 ist noch nicht berücksichtigt worden. Hast viel gefragt.
440
441 I: Okay. Gut, super! Dann danke ich dir für das Interview!

Anhang 8: Interviewtranskription des ExpertInneninterview mit Ralf Schumann

1 Transkription des ExpertInneninterviews mit Ralf Schumann

2 Datum: 08.08.2016

3
4 I: Kannst du bitte zu Anfang ein bisschen zu dir und zu deiner Arbeit hier in der
5 Suchtberatung erzählen?

6
7 B: Mein Name ist Ralf Schumann, ich bin 46 Jahre alt, lebe in Böblingen seit 5 Jahren
8 als glücklicher Single und ich habe 1993 an der PH-Stuttgart Sozialarbeit Studium
9 begonnen, 96 abgeschlossen. Das Praktikum war in der Drogenberatung Leonberg
10 und da haben wir dann also, wir sage ich, also da sind die Kollegen, bis 2007
11 gearbeitet. In der Zeit habe ich die Fortbildung gemacht, die
12 verhaltenstherapeutische Ausbildung zum Suchttherapeuten und 2007 (...) gab es
13 dann diesen großen Wechsel hier im Landkreis, wo die Suchthilfezentren entstanden
14 sind und da bin ich von Leonberg hier nach Sindelfingen gewechselt, (...) was vor
15 allem bedeutete, hier ist jetzt ja nicht nur Drogen, sondern eben halt auch Alkohol,
16 Glücksspiel, also (...) das war der eigentliche Sinn der Sache. (...) Ja, und inhaltlich
17 finde ich, was auch vielleicht noch wichtig ist, also das hat natürlich das Spektrum
18 jetzt erweitert. Früher war also Fokus mehr auf Drogen und dadurch, dass die
19 anderen Suchtformen dazu gekommen sind, ist es ein bisschen breiter geworden.
20 Also so, finde ich schon auch zur Vertiefung, also zumindest bei mir, so zur Vertiefung
21 geführt hat.

22
23 I: Okay, super. (...) Ihr führt ja hier viele Beratungsgespräche. Kannst du vielleicht
24 mal ein bisschen erzählen, wie so ein typisches Beratungsgespräch mit einem
25 Menschen mit einer Abhängigkeit abläuft?

26
27 B: Also, (...) da gibt es natürlich unterschiedliche Herangehensweisen, mir ist am
28 wichtigsten, also wenn es jetzt, zum Beispiel, ein Erstgespräch ist, dass (...) ja, vor
29 dem Gespräch man sich immer nochmal klar machen sollte, der der hierher kommt,
30 möglicherweise ein Suchtproblem hat, ist ja nicht sicher, meistens ist es so, wer hier
31 herkommt, dann ist es meistens so und, dass das bedeutet, dass der eine enorme
32 Hemmschwelle überwinden muss in eine Suchtberatung zu gehen. Schuldgefühle,
33 (...) so mit sich bringt und dann natürlich auch Ängste hat und in Folge dessen, in
34 der Regel, ein sehr großer Widerstand da ist. Also, so (...) abwehren, Widerstand, so
35 ein Gespräch zu führen einerseits und natürlich gibt es auch eine andere Seite, die
36 natürlich Interesse hat das Gespräch zu führen, das (unv.) wir dann ja auch immer.
37 Das finde ich am allerwichtigsten am Anfang, also (...) sich darauf zu konzentrieren
38 vor dem Gespräch, mal sich klar zu machen, so kommt der hierher und das ist das

wichtigste, alles was mit Sucht zu tun hat, spielt da erstmal gar keine Rolle, sondern dass der Mensch in dieses Gespräch rein kommt. Und (...), also das ist der Beginn von dem Ablauf und (...) ich neige auch dazu möglichst transparent, wenn es geht mit den Menschen zu sprechen, was bedeutet, bei der Frage, beim Thema Ängste, Hemmschwelle, Widerstand (...), wenn ich den Eindruck habe, derjenige ist ein Stück weit hier angekommen, nicht, kann ein bisschen durchatmen und (...), ja, wird locker, dass ich das dann auch regelrecht so sage so, oder frage: "Ist jetzt (...) möglich, dass wir (...) mal schauen, worum es geht?", nicht? Und (...) ein paar einfachste Fragen halt zu stellen so zum Hintergrund, wie derjenige hierher kommt. Also, (...) praktisch immer so entlang der Linie, wie gesprächsbereit ist mein Gegenüber. Das finde ich eigentlich am allerwichtigsten und das ist aber eigentlich auch so Beratungshandwerk finde ich, gilt ja auch bei allen anderen Gesprächen, nicht, das ist bei Sucht nicht (...) anders. Bei Sucht ist vielleicht halt das Spezielle, nicht, also das hast du ja in deinem Praktikum ja auch mitgekriegt, dass eben so dieses Thema mit Auflage, oder Druck sehr groß ist und, dass (...) damit dann in der Regel halt auch Schuldgefühle verbunden sind, Ärger, Aggression und dergleichen mehr (...) und für ein erfolgreiches Beratungsgespräch ist das, finde ich, auf jeden Fall erstmal das wichtigste. All diese Dinge, die müssen abgebaut werden und, ja, und ich finde, da gehört halt auch so ein bisschen Feingefühl dazu, (...) weil derjenige sagt einem ja nicht immer auch, wo er gerade steht, das so ein bisschen rauszuspüren. (...) Ja, geht es jetzt schon weiter, oder kann ich jetzt zum nächsten Thema übergehen, oder nicht? Ist das so das, was du auch meintest, als Frage, oder?

I: Ja, das war der Einstieg in die richtige Richtung. Das heisst, du hast also auch im Erstgespräch nicht immer gleich das Ziel vor Augen, "Ich spreche jetzt direkt über das Suchtproblem", verstehe ich das richtig?

B: Also, das ist für mich natürlich immer, also ich bin Suchtberater, das ist natürlich, ohne dass mein Gesprächspartner das sieht logischerweise im Mittelpunkt, klar, weil (...) das ist ja schon auch (...), eine Aufgabe ist ja schon so, dass das im Verborgenen liegt, ja? Sonst gäbe es diesen Konflikt ja nicht, also (...) diesen Konflikt, da meine ich, dass einer herkommt und, ja, dann eben darauf hinweist, dass er im Grunde genommen nicht sicher ist, ob er ein Suchtproblem hat, dass er von jemandem geschickt wird und, dass eigentlich er selber das nicht so sieht. Dass er auch gar nicht da wäre vielleicht sogar, nicht? Und das liegt an diesem Doppelleben, ja? Also Sucht, bei Sucht geht es ja immer darum, dass (...) wenn die sich schleichend entwickelt jeder, der Probleme mit Stoff kriegt, mit Suchtstoffen, zwangsläufig Fähigkeiten entwickeln muss, das zu verbergen, ja? Und das ist übrigens auch eine

77 sehr faszinierende Sache in unserer Arbeit, weil die Kreativität das zu tun, ist
78 phänomenal und sagt sehr viel über Menschen aus. Das zu verbergen heisst, es
79 entsteht nach und nach ein Doppelleben und das hat ein Gewicht, dass man wirklich
80 von einem Doppelleben sprechen kann. Es gibt ein Leben, nicht, wo derjenige eben
81 der ist, ja, über den keiner denken würde, dass er viel trinkt, oder Drogen nimmt, der
82 viel Leistung bringt, beliebt ist, viele Kontakte hat, viele Interessen und dergleichen
83 mehr. Und dann gibt es die verborgene Seite, also die Suchtseite, die im Geheimen
84 stattfinden soll. (...) Auch das spielt, finde ich, im ersten Gespräch eine wichtige (...) Rolle und, wenn man das vorher als Berater weiß, lohnt es sich natürlich das
86 Gespräch da ein Stück weit drauf auszurichten, nicht? Was heisst das denn? Das
87 heisst, (...) Doppelleben heisst ja über Jahre trainiert, teilweise unbewusst trainiert
88 und sitzt da, weiß davon vielleicht selber gar nichts, wenn ich das Klienten sage,
89 wissen die oft gar nicht, was ich damit meine und sehen das dann aber sofort ein
90 und (...) es ist natürlich nicht möglich alle Geheimnisse dem entreißen zu wollen,
91 nicht? Das (...) würde schief gehen. (...) also, dieses Geheimnis des bei Sucht
92 derjenige immer schützen muss, oder teilweise ganz bewusst, ja, das gehört auch
93 zu dem verletzlichen Bereich, also auch zu dem Angstbereich, nicht? Also, ich
94 möchte ja, dass der mit mir zusammen arbeitet, also ich würde sagen, die Überschrift
95 für das Erstgespräch ist ein Arbeitsbündnis zu kriegen. Der soll sich wohl fühlen. Der
96 soll wissen, dass wir keine Handlanger von außen sind, genau, das mit der
97 Schweigepflicht haben, habe ich jetzt gar nicht erwähnt. Das ist natürlich, gehört ja
98 genau da dazu, ist ganz wichtig das am Anfang deutlich zu erklären und, dass er,
99 oder sie sicher sein kann, alles was wir hier besprechen, das ist unser Ding und (...)
100 das ist, denke ich, eine gute Grundlage dann nach und nach ein Feelingf dafür zu
101 entwickeln, der aknn tatsächlich die Zweifel, weil die hat ja auch jeder, der
102 Suchtprobleme hat, hat irgendwelche Zweifel und die sind ihm auch zum gewissen
103 Maße auch bewusst. Der kann mir bei den Zweifeln vielleicht wirklich was sagen, ja?
104 Und, wenn ich das spüre, dann (...) ist es möglich da drauf einzugehen. Vielleicht
105 noch, wie geht das, nicht? Also, ich finde, die einfachste und auch klassische
106 Methode ist, wenn (...) derjenige bereit ist, darüber zu reden und es ist im ersten
107 Gespräch praktisch immer möglich, ist so dann halt locker den Konsumverlauf zu
108 besprechen. Ich finde es nämlich erstaunlich, alle, vor allem Drogis, also (...) Leute,
109 die illegale Drogen konsumieren, reden alle gern über den Konsum. Das ist ganz
110 komisch, ja? Also, da werden die plötzlich (...) also, (...) was komisch ist, ja, einerseits
111 ja auch nicht, nicht, weil damit ist ja eben halt auch viel (...) ihres Lebens verbunden,
112 auch viele Erlebnisse, die speziell sind, die auch interessant sind und der
113 Konsumverlauf (...) tja, ich finde, das ist jedes Mal das Gleiche, wenn der dann fertig
114 ist, dann ist, im Grunde genommen fast die Tür schon geöffnet. ich finde dieses

115 Format, ja, also erstmal so diese Sensibilität (...) in den Vordergrund stellen, die
116 Schweigepflicht, die Intimität aufzubauen und dann so Konsumverlauf zu
117 besprechen, dann ist die Tür eigentlich geöffnet so.

118

119 I: Mit die Tür geöffnet, meinst du dass man weitere Maßnahmen mit denen einleiten
120 kann, oder?

121

122 B: Für, genau, für ein Arbeitsbündnis, also dann sind diese beiden Bereiche bedient.
123 Also, sagen wir mal, so diese Vertrauensebene, also dass ich mein Ziel erreicht hab,
124 mein Gesprächspartner vertraut mir, (...) im professionelle Sinn, der hat Ahnung, der
125 ist nicht mein Gegner, der ist einfühlsam so und auf der anderen Seite was unseren
126 Auftrag als Suchtberater angeht, (...) wir können das beurteilen, weil wir Profis sind.
127 Wir können Aussagen dazu treffen und, wenn nötig, auch Hilfe anbieten. So, diese
128 beiden Ziele.

129

130 I: Okay, und welche Maßnahmen geht ihr dann mit dem Klienten ein?

131

132 B: Genau, das ist da eine gute (...) Frage fürs Erstgespräch. Was dann noch möglich
133 ist, also sage mal, meistens ist ja auch so eine Zeitfrage. Also, der Konsumverlauf
134 wirft ja ab ein, ja, ein Bild das immer gleich ist, nicht, was die Klienten auch leicht
135 einsehen, dass es eben diese Steigerung der Dosis gibt, nicht, dass wenn man das
136 bespricht, Ereignisse benannt werden, die dann eindeutig krisenhaft sind, nicht? Wo
137 man auch gar nicht das dramatisieren muss, dann so ist: "Ah, ja, so war das und so
138 war das." und dann am Ende ein Abbild da ist, dass gewisse Problembereiche
139 einfach deutlich macht, so. Und dafür würde ich mir freundlich, aber deutlich also die
140 Zustimmung einholen: "Sehen Sie das nicht auch so? Das ist ja hier auch schon
141 problematisch gewesen, nicht? Also, bestimmte Schwierigkeiten aufgetreten, die
142 haben sich (...) gehäuft (...)" und, weil das so ist, meine Formulierung ist dann immer
143 so, "wäre jetzt mein Vorschlag folgender. Wir könnten doch einfach, wir beide, zwei
144 noch ein paar weitere Termine vereinbaren und diese Termine nutzen wir aus, um
145 (...) mal zu beobachten, wie sich jetzt Ihr Konsum entwickelt, nicht? Wenn Sie
146 einverstanden sind und dazu wäre es allerdings notwendig, dass wir auch (...) mehr
147 Daten auch haben. Das heisst, mein Vorschlag wäre, fertigen Sie doch mal so ein
148 Konsumtagebuch an, also das bedeutet, schreiben Sie auf was habe ich konsumiert
149 und zwar alles, auch Zigaretten, nicht? Also, von jedem Tag abends und (...)
150 schreiben Sie aber auch auf, wenn Sie nichts genommen haben, aber achten Sie
151 mal darauf, wenn Sie Gedanken daran hatten, nicht? Also, zum Beispiel, nach der
152 Arbeit so ein Feierabendbier, wenn Sie solche Gedanken hatten und sich dagegen

stemmen, nichts trinken, auch das schreiben Sie bitte auf (...) und das dient dann einfach dazu, dass wir so einen Weg haben. Also, wir sind jetzt ja nicht dabei jetzt schon zu beurteilen, wie Ihre Situation ist, sondern wir erforschen das jetzt und können (...), wenn Sie das so machen würden, können dann immer wieder darüber sprechen, wie läuft es für Sie, nicht?" Also, wenn wir so eine/ das ist dann so eine Hausaufgabe, nicht? Wenn wir sowas, wenn ich so eine Hausaufgabe vorschlage, dann ist aber auch schon davor gelaufen, nicht? Also, da geht man natürlich davor, ich frage natürlich danach: "Wie sehen Sie das selber, dieses Konsummuster, nicht? Also, was ist denn Ihre Seite? Also jetzt, sagt Ihre Frau, oder Ihr Vorgesetzter, dass Sie zu viele Fehlzeiten hatten, oder auffällig waren? (...) Das sagen die, aber mir ist wichtig, dass Sie schildern, wie Sie es selber erleben, nicht?" So nachdem Sie das machen und ich finde, allein schon so einen Konsumverlauf zu erzählen, ich weiß nicht, ob du das mal mit jemandem gemacht hast, nicht? Also, das ist ja so eine intime Sache schon allein, nicht, ohne und (...) also, ich hab das noch nie erlebt, dass das einer nicht gemacht hat. Das macht jeder, ja? Komischer Weise, also auch diejenigen, die am Anfang wirklich sehr scheu waren, wenn man an dem Punkt ist, das flutscht dann irgendwie (...) läuft das ganz gut und ich finde, dass, also für mich ist das so, das bietet derartig viel Gesprächsstoff, der (...) ja, was ist denn mein Ziel, nicht? Also, für den weiteren Verlauf ist es natürlich schon auch das Ziel, das krisenhafte, das problematische deutlich zu machen und zwar aus seinem Mund. Nicht, was die anderen sagen, das haben wir ja, nicht? Dagegen wehrt er sich und dieser Widerstand, der ist unwiderstehlich, also das kann er später nochmal aufgreifen, nicht? Aber mein Ziel ist, dass ich irgendwie aus seinem Mund höre: "Ja, natürlich habe ich auch schon gedacht, so möchte ich nicht weitertrinken. Das geht nicht und das stört mich, nicht? Das brauche ich, nicht?" Und, wenn das da ist, das ist das für das Arbeitsbündnis noch Notwendige.

I: Das heisst, wenn diese Aussage fällt, würdest du welche Schlüsse daraus ziehen, oder welche weiteren Maßnahmen einleiten?

B: Ja, also das ist dann, praktisch für das erste Gespräch (...) das Gesamtformat, nicht? Also, die Vertrauensebene ist gebildet, ich kann mir ein Bild machen von seinem Konsumverhalten und, drittens, ich (...) es ist mir gelungen, seine eigene Beurteilung von sich selbst in aller Kürze auszusagen. Und daraus lässt sich das vierte machen, also weitere Vereinbarungen zu treffen. Also erstmal, in der regel, für mich sind, also ich finde meistens ist es so, dass es Vereinbarungen sind, die (...) dazu dienen noch genauer heraus zu finden, wo stehe ich und vielleicht auch Motivation aufzubauen, was zu verändern. Ich weiß nicht, ob das jetzt für dich hier

191 wichtig ist. Es gibt natürlich schon auch diejenigen, die schon Therapieerfahrung
192 haben, oder schon ganz entschlossen sind, weil sie große Krisen erlebt haben. Die
193 sagen also: "Ja, ich muss was ändern, ich bin deswegen hier, möchte ich, war auch
194 früher auch schon mal in einer Beratungsstelle, deswegen bin ich hier und möchte
195 eine Reha beantragen, oder gucken, was es noch für Hilfsmöglichkeiten gibt." Das
196 gibt es natürlich auch und dann fällt natürlich der ganze erste Teil, nicht, fällt weg,
197 nicht? Vertrauen ist immer wichtig, aber wird natürlich viel kleinformiger und dann
198 kann ich ja natürlich auch an Dinge anknüpfen, wenn Vorerfahrungen da sind. Das
199 merkt man ja auch gleich, ob jemand schon mal über sich geredet hat, über Sucht
200 geredet hat, oder sogar schon mal in einer Entgiftung, zum Beispiel, auch war und
201 (...), ja, und das ist natürlich, würde ich das alles abfragen und das ist unheimlich
202 wichtig. Also, das finde ich gut, das wir da noch drauf kommen. Das ist natürlich von
203 höchster Bedeutung, ja? Also, wenn jemand in einer Entgiftung war, also das muss
204 man sich ja mal vorstellen. Der steht ja an einem völlig anderen Punkt, nicht? Also,
205 der war im Krankenhaus wegen seinem Konsum, nicht? Also, das ist ja klar, also
206 dann (...) ist was ganz anderes. Also, das ist natürlich ein großer Unterschied, nicht?
207 Also, es ist jemand zum ersten Mal da? Den behandle ich vollkommen anders,
208 nicht, als jemand, der natürlich Vorerfahrung hat.

209

210 I: Das heisst aber, primär ist die Arbeit von der Suchtberatung auch die
211 Weitervermittlung in Entwöhnung oder Entgiftung? Was auch immer der Klient dann
212 eben mitbringt oder Einsicht hat oder du es schaffst mit dem Klienten die Einsicht zu
213 gewinnen, die dafür notwendig ist. Verstehe ich das richtig?

214

215 B: Also, weil es in deinem Fragebogen jetzt um diese jüngere Zielgruppe geht, würde
216 ich (...) ja, ich würde das jetzt vielleicht schon erwähnen, nicht, weil vorausgreifend
217 ist es halt so, bei den Jüngeren läuft es da eben oft nicht drauf raus, ja? Das ist schon
218 so, dass, meine Beobachtung ist, ich hab ja jetzt auch Montags diese Gruppe von
219 jungen Cannabiskonsumern und Partydrogen und jetzt die Legal Highs auch
220 dabei, also, ja die denken nicht da dran in Therapie zu gehen, nicht? Das ist halt das,
221 nicht? Und trotzdem ist es aber interessanter Weise so, die Gruppe läuft super, ja,
222 also wir haben sehr viel Spaß, dass auch sehr viel kritische Töne da sind, nicht?
223 Also, dass, ja, schon auch eben einfach, dass sehr krisenhafte Erlebnisse berichtet
224 werden (...) und die Risikoseite vom Konsum bewusst ist, ja, aber die jungen Leute
225 wollen Risiko halt haben, ja? Und wollen sich keine Vorschriften machen lassen, sich
226 nicht bevormunden lassen und (...) es ist auch so, das muss man ja eben auch
227 sagen, weil die Konsumzeit dann eben oft logischer Weise noch nicht so richtig lang
228 ist, die Anhäufung von schweren krisenhaften Ereignissen noch nicht so da ist. So,

229 und wenn jetzt dann so jemand jüngerer da sitzt, hab ich auch schon die Haltung,
230 ja, (...) sagen wir mal, unter der Überschrift Bevormundung, das ist vielleicht auch so
231 ein sensibeles Thema, das für die Vertrauensebene eine wichtige Rolle spielt. Ich
232 (...) ja, ich nähere mich dann schon dem Leben an, also ich gehe schon mehr darauf
233 ein, auch auf diese, ich nenne es jetzt mal, Partyseite und auch auf diese ganzen
234 komischen kriminellen Räubergeschichten und die spannenden Polizeigeschichten
235 und auch diese, das hat ja bei Drogen dann in der Regel auch damit zu tun, junge
236 Drogenabhängige, oder Drogenkonsumenten fühlen sich ja wesentlich cooler, als die
237 die keine Drogen konsumieren, nicht? Die (...) ja, diese Zugehörigkeit zu einer
238 speziellen Szene eben, ja, dieses "Ich", dieses Gangsterfeeling, das damit zu tun
239 hat, "Wir machen was Illegales. Wir haben Geheimnisse. Wir wissen Dinge, die
240 andere nicht wissen." und so. Das Ganze ergibt ja eine Kulisse, die speziell ist, ja?
241 Und die auch reizvoll ist, ja? Und ich finde den Begriff Subkultur sehr wichtig, weil
242 die da ist. Drogenkonsum geht nicht ohne Subkultur. Ich sage immer Kiffer brauchen
243 Kiffer, ja? Die (...) wer regelmäßig kiff, kennt mit der Zeit immer mehr andere
244 Drogenkonsumenten. So, und hier spielt das Doppelleben natürlich auch wieder eine
245 sehr große Rolle, weil da in diese Subkultur schliesst dieses Doppelleben natürlich
246 ein, nicht, und die Subkultur gehört, was das Doppelleben angeht natürlich voll, ja,
247 ich würde schon sagen, zum fast ganzen Teil in die Seite des Doppellebens, die die
248 Suchtseite ist und die aber ein gewissen Glanz hat, sage ich mal, ja? Also, da gehört
249 ja auch Musik dazu bei Technoszene, war es eben, sind es die Partydrogen, die da
250 immer eine größere Rolle gespielt haben. Früher dann Hip-Hop bei den Kiffen, heute
251 auch sicher auch nicht mehr so sehr, wie in den 90er Jahren und (...) das wollen sich
252 junge Leute nicht einfach wegnehmen lassen, nicht, weil die Kultur umfasst ja auch
253 Beziehungen, Freundschaften, Freizeitgestaltung, all das, ja? Ich bin der Meinung,
254 wer da nicht drauf eingeht (...), der hat eigentlich dann/ wird nur punkten bei Leuten,
255 die wirklich schon sehr unter Druck stehen, nicht? Also, die schwere Krisen hatten,
256 die auch irgendwie mehr Leid empfinden und (...) ja, denen eine höhere, ja,
257 Abstinenzentscheidung kann man nicht sagen, aber die wesentlich näher daran sind,
258 sich kritische Gedanken über ihren Konsum zu machen. Und die anderen, nicht, die
259 auch Probleme wirklich schon haben, sind die meisten, die hier sind haben einfach
260 schon große Probleme damit. Ja, was machen wir mit denen, nicht? Ich (...) glaube,
261 also so eine Aussage von einem unserer Gruppenleiter, bei dem ging es nur um
262 Alkohol, nicht, aber der hat immer gesagt, also ihm hätte man (...) bis er 30 geworden
263 ist gar nichts sagen können, ja? Er hätte sich nichts sagen lassen und er hat (...)
264 dann auch gemeint, also wenn er mal aufgehört hätte, er hätte sicher dann auch
265 wieder angefangen, ja? Also, mit 25 Jahren sich der Gruppe der Abstinenzler
266 anzuschliessen, das ist völlig unrealistisch, glaube ich. So würde ich das sagen. Also,

267 kennst du jemanden mit 25, der abstinent lebt? Also, das sind nur extrem religiöse
268 Menschen, oder Suchtkranke, die sich entschlossen haben abstinent zu leben und
269 mit 25 ist man in der Regeln noch nicht so suchtkrank, oder so geschädigt, dass man
270 diese Entscheidung finden kann. Es geht nicht. Also gut, das war mir jetzt nicht
271 bewusst, dass dieser Bereich hier bei der Frage jetzt auch so wichtig ist, weil der ist
272 extrem wichtig, nicht? Der spielt bei der Zielgruppe eine sehr große Rolle. Ich finde
273 sogar fast mehr noch, als die andere Seite, wo man eben so zack-zack nach dem
274 alten Schema vorgehen kann mit, ja, Abstinenzentscheidung und
275 Ausstiegsmotivation, daran arbeiten, so wie man es eben so vom Alkoholbereich her
276 kennt. Ich glaube, es ist hier wichtig anders vorzugehen, nicht? Und (...) ja, also für
277 mich bedeutet das einerseits eben auch, ja, da wird es dann auch persönlich. Also,
278 ich finde es gehört auch ein Stück weit dazu sich mit der Kultur und der Szene zu
279 beschäftigen, ja? Sich da auch wirklich intensiv unter der Überschrift Suchtarbeit
280 schlau zu machen, was gibt es denn für Drogen, zum Beispiel, nicht? Diese Legal
281 Highs, man muss sich damit beschäftigen und auskennen, unbedingt. (...) Wie
282 funktioniert eine Drogenszene? Ja? Also, wer glaubt, nicht, also diese Haltung, die
283 sich, also die, sagen wir mal, die juristische Seite hergibt, also das ist illegal und
284 fertig, nicht? Also, das ist Bullshit, sage ich mal. Das geht einfach nicht. (...) Und
285 natürlich ist das richtig und ich vertrete es natürlich auch so, nicht, das ist auch im
286 Wesentlichen meine Sichtweise, aber das berücksichtigt eben nicht die Lebenskultur,
287 die die jungen Leute hier pflegen und entwickeln und (...) ich finde, der Trick ist, man
288 muss persönliches Interesse dafür haben, ja? Man muss (...) das auch zeigen, nicht,
289 weil das wirkt ja auch. Also, ich finde, unsere Gesprächspartner merken doch, will
290 der eigentlich was von mir wissen, oder nicht, nicht und wenn ich nur danach frage
291 ja: "Wie problematisch ist dein Konsum?", ja gut, das will ich wissen, nicht, aber diese
292 ganze andere Seite, nicht, wenn ich da kein Interesse für zeige, dann hat der keinen
293 Bock auf mich und mit mir zu reden. (...) So etwa.

294

295 I: Du sprichst immer wieder von dem Alltag, von den Klienten und besonders
296 Cannabis Konsum hast du jetzt erwähnt, auch eher die jüngere Kultur, oder jüngere
297 Kreis. Wie alt sind denn so etwas deine Klienten, oder Klientinnen, die so die
298 Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung haben, im Durchschnitt?

299

300 B: Ja. Also, Hauptdiagnose, also erstmal würde ich sagen, so meinem Gefühl nach,
301 dass das wirklich wieder zugenommen hat. Wieder deshalb, weil wir hatten in den
302 90er Jahren wirklich einen deutlichen Anstieg, nicht? Also, da gab es so eine
303 Cannabiswelle, ich würde sagen im Zuge von dem, was ich eben gesagt habe, also
304 mit, ja, mit den Partydrogen. Damals ist die Love Parade entstanden, ja, Anfang der

305 90er Jahre ist die erst entstanden, ist in wenigen Jahren zu einem Millionenergebnis
306 geworden, ich glaube, das hat eine große Rolle gespielt. Die Techno-Bewegung und
307 parallel dazu die Hip-Hop Bewegung, da sind die beiden Drogenrichtungen
308 hochgekommen. und sowas, das ist wieder runter gegangen und ich glaube,
309 momentan ist eindeutig nur was Cannabis aber angeht da ein Trend und also, wenn
310 ich es in Prozentzahlen würde, würde ich sagen, so zwischen 20 und 30 Prozent. Ich
311 müsste nochmal nachschauen, etwa da liegt das. Was ich aber wichtig finde, ist auch
312 wenn es Hauptdiagnose ist, also das (...) kriegt Konkurrenz. Also, ich finde, gerade
313 in der Montagsgruppe da ist kaum, also vielleicht einer von 20 reine Kiffer dabei. Die
314 haben alle was anderes schon genommen und (...) da müssen wir auch besser
315 werden, nicht? Also, wir gehen da manchmal vielleicht einfach danach, wie viel kiff
316 einer, aber mein Eindruck ist, (...) deren Selbstwahrnehmung, was die erzählen, (...) ist
317 auch ein bisschen schräg. Also, manche konsumieren dann so viel
318 Räuchermischungen irgendwie, oder Badesalz, oder sonstige Sachen dazu, wo ich
319 mir nicht mehr so sicher bin, ob das nicht eigentlich zwischenzeitlich mindestens
320 genauso wichtig ist, oder problematisch. Aber grundsätzlich würde ich von 20 bis 30
321 Prozent, das ist noch die Hauptsache, kiffen ist natürlich die Hauptsache, das ist
322 schon klar.

323

324 I: Und wie alt sind deine Klienten denn so etwa, die diesen Cannabis, diese
325 Cannabiskonsumstörung haben?

326

327 B: Also, ich hab da nochmal zurückgedacht, der Jüngste in diesem Jahr war 14, der
328 hierher kam und das dann in der Regel natürlich immer in Begleitung von Eltern
329 und/oder Jugendamt und interessanter Weise mit (...), was die Eltern als gleich
330 problematisch angesehen haben, (...) dem Problem (...) wie heisst es (...), Online
331 zocken, Online spielen, kiffen und zocken. Das ist auch immer ein Running Gag in
332 der Drogengruppe, da grinsen alle. Also, das ist allen Kiffern klar, nicht? Also, es gibt
333 Kiffer-Beschäftigungen und zocken ist eine davon. Also so, würde ich sagen, das ist
334 aber eine kleine Gruppe und dann, wenn es dann wirklich ernsthaft mehr wird, das
335 ist dann so am (...) ich würde schon sagen die, die hier ankommen (...) 17, 18, also
336 schon an der Grenze der Volljährigkeit und dann steigt es stark an, nicht? Also, ich
337 finde, auch so in den Konsummustern ist es so. Also, so zur Schulzeit da hat man ja
338 auch noch nicht das Geld und ist noch nicht so, das ist auch wieder das Thema
339 Kultur, und ist auch nicht so risikobereit, ja? Verdient kein Geld und würde auch noch
340 nicht auf die Idee kommen (...) so schnell Geld zu verdienen durch Drogenverkauf,
341 nicht? Aber dann, wenn die Ausbildung losgeht, ja, und so ein bisschen mehr
342 Unabhängigkeit reinkommt, auch so das Thema mal eine eigene Wohnung zu

suchen und so, wenn all das kommt, plötzlich kommen ganz andere Ideen auf, "Aha, ich habe jetzt ein Versteck fürs Gras.". Also, solche Dinge werden wichtig, "Ich hab die Möglichkeit Geld zu verdienen" und dann kommen auch so blöde Ideen halt hoch, "Ja, ich könnte ja was, ich könnte nach Holland fahren, mir selber was holen, was verkaufen." und so weiter. Also, deswegen würde ich sagen, ab 18, 19, 20 da wird es dann deutlich mehr und (...) die Obergrenze finde ich eine gute Frage, weil ich glaube du hast da bis 26 gesagt, das ist eine gute Zahl, also da würde ich das auch so verorten, weil es da sich nämlich deutlich ändert. Also, entweder hören Leute da dann auf, oder werden halt, gehören da zur kleinen Gruppe der (...) ja, langfristigen Kiffer, die aber so ihr Leben geregelt kriegen, immer wieder mal Schwierigkeiten haben, oder es gibt halt eben eine Konsumverlagerung, oder ein Mischkonsum zu ganz kritischem Konsum, ja? Wo Cannabis dann abgewechselt wird von einer anderen Droge als Hauptdiagnose, oder Alkohol kann ja noch, ist ja dann da auch dabei vielleicht. So, also würde ich sagen, so auch 18 bis 26 ist so ein Spektrum, kann man gut sagen.

I: Okay. In welchem Zusammenhang stehen deines Wissens nach Cannabisabhängigkeit und Psychose?

B: Ja, genau, also das ist natürlich die Frage, die (...) also, wo ich dir vorher gesagt habe, wo es auch ein bisschen persönlich wird, weil ich finde, (...) bei der Frage ist es denn nicht so (...) Um das rauszufinden, würde ich sagen, muss man zunächst mal folgendes sehen. Also, ich glaube nicht, dass alle Menschen gleichermaßen fähig sind, das zu beurteilen. Also, weil ich finde, das hat sehr viel mit Emotionalität zu tun. Also, meine (...) Beobachtung ist, Selbsterfahrung spielt da eine große Rolle, also jetzt nicht Selbsterfahrung, was Drogenkonsum angeht, sondern erstmal grundsätzlich Selbsterfahrung und der weitere Verlauf von deinen Fragen, also wo es (...) dann eben auch sehr um Psychose geht, (...) mir ist aufgefallen, also um Psychose zu verstehen, ja, reicht es, finde ich, nicht, (...) einen Menschen zu beobachten, der psychotisch ist, sondern ich glaube, also das kann ich jedenfalls über mich sagen, es gibt schon einen erstaunlich großen Anteil von Menschen, die eben halt da näher dran sind und andere, nicht. Das gehört auch zu einem Teil der Antwort für eine weitere Frage, also die später kommt, also die Prädisposition also, ob jemand eine Psychose entwickelt, oder nicht ist hier halt ein wichtiges Thema und (...) ich glaube, man kann mit Selbsterfahrung da sehr viel erreichen, um ein Feeling dafür zu kriegen, was ist das überhaupt? (...) Was heisst prädisponiert sein für eine Psychose zu entwickeln, oder anfällig zu sein durch Drogenkonsum, oder auch durch andere Dinge, es gibt auch andere Ereignisse (...), also da abzugleiten? Und, also

381 was vielleicht mal über mich zu sagen, also (...) ich würde sagen, (...) an mir eine
382 gewisse Neigung habe ich beobachtet für eine höhere Empfindlichkeit und die (...)
383 Diagnosen, die ich jetzt von einem Klienten gelesen habe, was Psychose angeht,
384 waren dann oft sehr parallel auch zu Klienten, die eine ADS oder ADHS-Diagnose
385 hatten. Und im Kern geht es darum, dass es (...), das ist jedenfalls meine Sicht, eben
386 um eine höhere Empfindlichkeit geht und bei ADS wird es eine Störung der
387 Reizübertragung bezeichnet. Also, dazu muss ich ein bisschen was sagen, was das
388 bedeutet, nicht? Also, ich habe jetzt momentan drei Klienten im Sinn, die beide
389 Diagnosen haben und die schildern alle das Gleiche, ja? Also, wenn die ihr (...)
390 manche nehmen dann das Ritalin, also dieses, oder das Medikinin, das
391 Methylphenidat, das genau diese Funktion hat, die Störung der Reizübertragung zu
392 dämpfen, oder zu filtern und dann können die sich viel besser konzentrieren und,
393 wenn die das nicht nehmen, also die machen auch alle die gleiche Bewegung, dann
394 sagen die: "Dann ist es für mich wie (unv.)", die Gedanken fließen durcheinander,
395 ja, die Konzentration (...) kostet zu viel Kraft, die (...) also die Spannung aufzubauen,
396 um die Konzentration zu erzeugen. Und, wenn jetzt so jemand einen halluzinogenen
397 Stoff einnimmt, vor allem halluzinogene Stoffe, natürlich an erster Stelle ist das alles,
398 was LSD-ähnlich ist, aber der THC-Rausch umfasst ja auch einerseits eine
399 halluzinogene Wirkung. Also, ich finde am besten kann man das daran sehen, also
400 das (...) Forschungsergebnis aus den USA, was dieses Phänomen der empfundenen
401 Zeitdehnung angeht. Die haben da zwei Gruppen gemacht von Studenten, natürlich
402 immer die einen mussten kiffen, die anderen sind nüchtern geblieben und die, die im
403 Cannabisrausch waren, haben die Frage, also da sind die nach zehn Minuten gefragt
404 worden, wie viel Zeit ist vergangen und die bekifften Leute, nein, nach fünf Minuten,
405 die bekifften Leute haben gesagt, im Schnitt, zehn Minuten plus minus zwei Minuten
406 und die nüchternen Leute, fünf Minuten plus minus zwei Minuten. Also, die lagen fast
407 eine Verdoppelung der wahrgenommenen Zeit und das ist ein halluzinogener Effekt.
408 Das ist ja eine Halluzination, eine Wahrnehmungsstörung und in anderen Bereichen
409 ist das ja auch, viele sagen ja auch eben, gut, man kann natürlich (...) viele hören
410 dann Musik, oder auch dieses (...) monomanische Verhalten, eine Sache zu machen,
411 zocken, oder Fernsehen gucken, solche Dinge. Wieso ist das wichtig? Also, ich (...)
412 finde (...) da stecken zwei Dinge drin, nicht? Das eine ist, es geht offensichtlich um
413 Wahrnehmung und um die gefühlte Empfindlichkeit der Wahrnehmung, ja? Also,
414 Menschen, die eine (...) man kann sagen anfällig sind, aber man kann auch sagen,
415 die die Fähigkeit dazu haben, breiter wahrzunehmen, eine höhere Sensibilität zu
416 besitzen, bei denen wirkt natürlich ein Stoff, der das noch praktisch katalysiert in
417 verschiedene Richtungen, also logischer Weise auch noch krasser und da besteht
418 natürlich das Risiko, ja, dass so jemand dann, ja, in eine sehr kritische

419 Rauschsituation reinkommen kann. Also, das ist ja auch die Cannabispsychose, oder
420 auch so eine LSD-Psychose, das ist ja in der Regel damit verbunden, dass
421 Rauschsituationen entstanden sind, die, ja, einfach zu weit gegangen sind, wo (...)
422 hängenbleiben, sagen ja dann die Klienten, oder wo dann einer einfach aus dieser
423 (...) nicht mehr raus kommt. Was da genau passiert, ist ja auch nicht so ganz klar.
424 Also, manche kommen ja auch wieder zurück durch medikamentöse Behandlung
425 und bei manchen gelingt es irgendwie nicht so richtig.

426

427 I: Das heisst aber, du würdest sagen, es gibt schon einen Zusammenhang zwischen
428 Cannabis und Psychose?

429

430 B: Auf jeden Fall und da kann ich noch viel zu sagen. Also, es ist, das Merkwürdige
431 ist nämlich so, ich habe ja eben das ADHS angesprochen, ich finde es wichtig, weil
432 (...) auch einige Klienten (...) das ADS wird unterschätzt, nicht? Also, ADHS ist im
433 Grunde genommen das, wovon wir geredet wird, weil damit die Zappeligkeit
434 verbunden ist, ich gehe davon aus und das ist auch das, was so meine Forschung
435 gezeigt hat, dass wahrscheinlich mindestens genauso viele Leute von ADS betroffen
436 sind. Die fallen halt nicht auf, nicht? Aber es ist ja vom Kern des Problems, die
437 Zappelphillipe sind ja zappelig deshalb, weil sie einfach zu viel Input haben, weil sie
438 mit dem (unv.) nicht klar kommen und die ADS Leute, die agieren das eben nicht
439 über zappelig sein aus, aber beide spüren, dass sie ein Problem haben und begeben
440 sich auf die Suche nach irgendetwas, was relaxt, was einen runterkommen lässt. Es
441 lohnt sich übrigens auch mal prominente Aussagen dazu zu lesen. Also, das Internet
442 ist voll davon, also von William Smith oder andere Schriftsteller, die ADHS-Diagnose
443 haben und dann übrigens glänzende Leistungen später vollbringen, die sagen, in der
444 Schule sind sie nicht mitgekommen und haben, vor allem, viel konsumiert, gekifft,
445 oder Alkohol getrunken, ja? Also, so die Selbstwahrnehmung ist zwangsläufig erhöht,
446 die müssen sich mehr mit sich selber beschäftigen. Die Frage "Was ist mit mir los?",
447 stellt sich bei Menschen, die prädisponiert sind stärker. Wo ist der Zusammenhang
448 mit der Cannabispsychose, erstmal hier gar nicht, aber das erklärt, wie so kommt
449 eigentlich überhaupt diese Zielgruppe auf die Idee da ran zu kommen. (...) Das
450 Cannabis hat das Problem, dass es nämlich einerseits positiv wirkt für Leute die
451 prädisponiert sind, nämlich durch den entspannenden Effekt, den beruhigenden
452 Effekt und auf der anderen Seite ein Risiko bedeutet, durch den halluzinogenen
453 Effekt und das ist auch die Erklärung dafür wieso alle, auch die, die schwer
454 psychotisch geworden sind von meinen Klienten, alle mindestens einmal rückfällig
455 geworden sind. Das ist eigentlich Wahnsinn, die sind so (...) schockiert von ihrer
456 Psychose, die meisten fassen das gar nicht mehr, was da passiert und sagen "Also,

457 das will ich nie mehr erleben.". Und wissen auch, dass es mit dem Kiffen
458 zusammenhängt und trotzdem kiffen sie nochmal. Also, ich finde, das ist für mich
459 Beweis genug, nicht? Also (...) ja, dass es ein zweischneidiges Schwert ist und, dass
460 prädisponierte Leute hier besonders gefährdet sind, ja, weil Cannabis anders, auch
461 Alk trinken natürlich auch Alkohol, das hilft ja auch gegen diese gestörte, diesen
462 geringen Reizfilter und Cannabis halt auch. So, und das ist dieser halluzinogene
463 Effekt ist für mich, also, ich würde es so formulieren, nicht? Also, der (...) warte, ich
464 hatte eine gute Formulierung gefunden, wie habe ich das gesagt? Der (...) Rauschzustand,
465 also (...) je extremer ein Rauschzustand ist (...) desto wahrscheinlicher ist es, dass der eine Reizschwelle,
466 die also vor einer Psychose schützen würde, überschreitet, ja, die die Wahrnehmung über diese Reizschwelle
467 praktisch bringt. Und das ist bei LSD am stärksten und bei anderen, die halluzinogen
468 wirken natürlich auch, aber auch bei Kokain, aber das ist dann eben auch, das ist ja
469 ab einer gewissen Grenze kommt ein paranoides Gefühl auf, ja? Andere Drogen
470 liefern das auch, aber Cannabis eben auf jeden Fall auch.

472

473 I: Okay, du hast gerade erzählt von Klienten, die du hattest, oder Klientinnen, die du
474 hattest, die psychotisch waren bei dir in der Beratung. Wie oft hast da das denn circa
475 erlebt und kannst du vielleicht noch ein bisschen mehr darüber erzählen, wie genau
476 die sich in der Beratung verhalten haben?

477

478 B: Ja, (...) also (...) ich finde erstmal, es ist hier auch wieder, das ist ganz wichtig sich
479 dafür zu interessieren. Ich finde es faszinierend, einerseits, (...) also was eine (...) wie auch immer
480 geartete Psychose bewirkt, die Menschen sind total verändert, nicht? Also, meine, es gibt ein paar Hauptbeobachtungen, also die erste, die ich
481 sagen würde, ist also, dass die Empfindlichkeit (...) also, da ist was kaputt gegangen, habe ich den Eindruck.
482 Die lässt sich nicht mehr runterfahren. Also, es ist so eine höhere Aufmerksamkeit und Sensibilität da,
483 meistens so auch ein bisschen in Richtung Paranoia, also, wenn die ins Beratungszimmer kommen, finde ich, merkt
484 man das sofort, also wie die mich als Berater anschauen, dass erstmal der Raum angeguckt wird und, also dass auch so von der Gesprächserwartungshaltung eine
485 Ausstrahlung ausgeht, die viel (...) mehr Empfindlichkeit zeigt, als bei jemand, der überhaupt nichts mit Psychose zu tun hat.
486 Da ist viel mehr Lässigkeit drin. Also, das ist das eine, nicht? Und, weil diese, ich glaube, das hängt dann auch mit dem anderen natürlich zusammen,
487 weil die Empfindlichkeit so hoch ist, (...) ist es, wenn der Beratungsverlauf gut gelingt in der Regel auch so, dass eine sehr große
488 Anhänglichkeit entsteht, ja? (...) Und das, finde ich, ist einfach wichtig zu wissen, also dass die, ja, diese Empfindlichkeit die macht ja auch Angst, nicht? Also,

495 unverstanden zu werden, nicht? Also, das ist ja für jemanden der eine Psychose hat,
496 das ist kein Irrtum, für so einen Menschen ist das so. (...) und zwar zu 100 Prozent.
497 (...) Als ich mich damit intensiv beschäftigt habe, weil ich einfach gemerkt habe, ich
498 da einfach selber auch, ja, wirklich ein Thema mit habe, weil mich das (...) ich komme
499 damit gut klar, ich kann, ich habe gemerkt, dass ich das gut verstehen kann, aber
500 das mit der Psychose natürlich nicht, nicht? Als, das ist ja eine ganz spezielle
501 Wahrnehmung. Ich habe lange mit mir gerungen, ob ich das machen soll, oder nicht,
502 (...) aber es ist ja von so viel berufenen Munden einfach auch schon gesagt worden,
503 also da eben die Selbsterfahrung mit LSD zu machen und irgendwann bin ich dann
504 doch zu der Entscheidung gekommen, unter größten Vorkehrungsmaßnahmen, das
505 zu tun und, weil das eben auch die Aussage gibt, dass von der Wahrnehmung her
506 ist das, im Grunde genommen, ja, nicht das Gleiche, aber es ist was, dieses Thema,
507 dass der Unterschied nicht besteht. (Da waren?), also wenn ein Psychotiker sagt,
508 das ist so, dass die CIA mich verfolgt, dann ist das so in seinem Empfinden und,
509 dass das, der Rausch, der LSD-Rauschzustand (...) zeigt (...). Ich habe das dann ein
510 einziges Mal gemacht, weil es war zunächst mal (...) ich hatte in meinem ganzen
511 Leben noch nie so eine Panik, also es war grauenvoll, die erste Stunde von dem
512 Rausch, also ich habe gedacht, ich muss sterben. (...) Aber was danach passiert ist,
513 ist unfassbar. Also, es ist (...) eine Parallelwelt, die da entsteht. Es ist nicht in Worte
514 zu fassen, es ist wirklich verrückt und (...) zum Glück war das am Anfang so
515 problematisch, weil das hat mich natürlich davor geschützt das fortzusetzen, aber
516 (...) die zweite Seite ist natürlich schon so. Deswegen verstehe ich auch, wieso
517 Psychotiker dann mit Cannabis rückfällig werden können, oder auch mit anderen
518 Drogen. Der Reiz, der von dieser Parallelwelt ausgeht, ist phänomenal, also das ist
519 unfassbar. Es ist so, dass alles in Frage gestellt wird, nicht? Also, alle
520 Überzeugungen, die du je hattest, sind (...) also, du bist so felsenfest davon
521 überzeugt, dass du dich geirrt hast, das kann man nicht in Worte fassen, muss man
522 erlebt haben, unfassbar. Also deswegen, alles was darüber gesagt wird (...) ist
523 eigentlich nicht ausreichend, kann man gar nicht in Worte fassen und, jetzt musst du
524 kurz nochmal die Frage (...) wiederholen, weil ja (unv.) .

525

526 I: Wie oft hast du circa in deiner bisherigen Arbeit in der Suchtberatung Klientinnen,
527 oder Klienten mit der Cannabiskonsumstörung und der Psychose gehabt?

528

529 B: Also, ich würde sagen, das ist, die spätere Frage ist dazu sehr wichtig, also das
530 ist (...) ein kleiner Teil. Also, wenn es eben 20 bis 30 Prozent sind, würde ich sagen,
531 es ist hier deutlich unter fünf Prozent, wobei ich die andere Frage ininteressant finde,
532 die sich später anschließt, nicht? Also, dass manche nur eine Cannabispsychose

533 haben und andere nicht (...) und, im Grunde genommen, aber vielleicht irgendwas
534 Psychotisches, oder was ich finde, was da auch reingehört, ich glaube, da ist ein
535 Zusammenhang, den hast du jetzt in deiner Frage jetzt gar nicht, vielleicht auch zu
536 Recht, aber das nicht erwähnt mit dem ADS besteht, weil ich habe zwei Klienten, die
537 haben eben beide Diagnosen, eine Psychose und ADS und einen dritten, der hat nur
538 eine ADS-Diagnose, aber meines Erachtens ist der manisch, oder paranoid, also da
539 ist noch etwas anderes dabei und die kiffen alle, ja? So, und (...) ist das für dich die
540 Frage schon beantwortet, oder soll ich weiter erzählen?

541

542 I: Das ist in Ordnung, danke. Du bist ja gerade auch generell schon so ein bisschen
543 drauf eingegangen, wie sich so ein psychotisches Verhalten äußert.

544

545 B: Ah genau, (unv. I überlagert).

546

547 I: (unv. B. überlagert) das wahrnehmen würdest, das bringt mich zu einer weiteren
548 Frage, die ich noch habe.

549

550 B: Ja? (...) Ja, also (...) ich finde, man kann sagen, dass diese (...) also eine Psychose
551 auch zwei Seiten hat und deswegen habe ich gerade das mit diesem LSD-Rausch
552 erzählt, ja? Nämlich eine, die große Angst macht, sehr bedrohlich ist, eben was dann
553 beim Drogenrausch so als Horrortrip eben gesagt wird, aber auch eine lustvolle
554 Seite. Ich würde die lustvolle Seite so beschreiben, das ist ein Erlebnisraum, der
555 schützt vor Allem, vor Anspannungen, vor (...) also in dem sich ein Psychotiker
556 aufhalten kann und das auch in gewisser Hinsicht genießen kann. Am extremsten,
557 das hat auch unser Psychiater mal gesagt, ist das bei der Manie. Also, wer in so
558 einer manischen Phase ist, der genießt das regelrecht mit so Größenphantasien und
559 dergleichen mehr, aber auch (...) also, wenn sich die Paranoia in Grenzen hält, ja,
560 erlebe ich das schon manchmal so, auch wenn (...) ja, Klienten das so hartnäckig
561 und bockig fast verteidigen, (...) die das eben als Teil von sich empfinden und auch
562 irgendwie spüren, das nicht aufgeben zu können, weil eben diese Seite der festen
563 Überzeugung "das war so", (...) oder es schwingt immer auch so ein Stück weit mit,
564 so kommt mir das vor, (...) dass das so bleibt und, dass (...), wenn praktisch dieser
565 Erlebnisraum stattfindet, das auch identitätsstiftend ist, zwangsläufig. Das ist in dem
566 Moment so, ja? Nicht? Also, wenn man dieses Paket sieht, nicht, also so dass diese
567 Psychosephasen, oder die aktive Psychose diese beiden Seiten haben, also einmal
568 eben eine nur negative, nicht, also wo großes Leid empfunden wird und Angst
569 entsteht und aber auf der anderen Seite so eine lustspendende Seite aber auch
570 dabei ist, ja, finde ich für den Gesprächskontakt zu Klienten, die eine Psychose

571 haben, das eben absolut wichtig, ähnlich auch wie es beim Thema dann zu
572 Subkultur, oder zum Drogenkonsum bei jüngeren Leuten ist, dass es nicht einfach
573 geht, dagegen zu reden, nicht? Also, es ist absolut wichtig (...) also zunächst mal zu
574 erkennen, ob es so ist und das dann auch zu belassen. Ich finde auch diesen Begriff
575 mit dem identitätsstiften ganz hilfreich. Das ist ein Teil von dem, nicht? Und der spürt,
576 ob er da abgewertet wird, oder nicht, weil das wird der nämlich dauernd, ja? Und ich
577 erlebe das auch, diese Abwertung gegenüber so diesem psychotischen Erleben,
578 oder Verhalten ähnlich, wie die Abwertung gegenüber Menschen mit
579 Suchtproblemen, nicht? (...) Ja, wo im Grunde genommen, also es in beiden Fällen
580 sehr verschiedene Erkrankungen, psychische Erkrankungen geht, aber die (...) ja,
581 oder, ja, sage mal Außenwelt, die anderen (...) abwertend reagieren und kränkend,
582 nicht, und damit halt (...) ja, ausgrenzen und auch ein Teil zur Verstärkung des
583 Problems, oder der Erkrankung beitragen. Ich habe da sehr gute Erfahrungen mit
584 gemacht, also und ich habe auch so den Eindruck, es lohnt sich so dieses, ja, auch
585 hier dieses Interesse zu entwickeln, sich da einfühlen zu können und mitschwingen
586 zu können und (...) ja, da (...) die Frage war ja dann, wie treten die auf, dann auch
587 passgenau so auf das Verhalten eingehen zu können, auf das psychotische
588 Verhalten, ja? Also, diese Empfindlichkeit, nicht? Also, diese, ja, aus der
589 Empfindlichkeit raus kommt eine höhere Ängstlichkeit und die damit verbundene (...) ich
590 nenne es jetzt mal schräge Wahrnehmung. Also, manches, es flutschen dann halt
591 auch immer mal wieder Sätze, wo man einfach merkt, das ist jetzt halt irgendwie ein
592 bisschen neben der Spur, nicht? Auch, wenn gerade durch Medikamente so das
593 Paranoide flach gehalten ist (...) ja, glaube ich, ist es einfach für das Empfinden des
594 Betreffenden angenehm, wenn der spürt also, das wird jetzt hier verstanden und
595 nicht abgelehnt, sozusagen, nicht?

596

597 I: Wenn du jemanden in der Beratung hast mit einer Psychose von der du weisst,
598 oder die auch nur erahnst, wie verändert sich so dann dein Beratungskonzept, oder
599 gibt es da gewisse Dinge, die du dann nicht tust und gewisse Dinge, die du dann
600 tust?

601

602 B: Wie war der erste Teil der Frage?

603

604 I: Inwiefern verändert sich deine Beratungsroutine, die hast du ja am Anfang mal
605 erzählt, wie so (...) ein typisches Beratungsgespräch läuft, wenn du merkst,
606 beziehungsweise weisst, dass dein Klient, oder deine Klientin neben ihrer oder
607 seiner Cannabiskonsumstörung auch eine Psychose hat?

608

609 B: Und er glaubt das nicht?

610

611 I: Unabhängig davon, mehr so der Punkt, gibt es Dinge, die du tust, oder nicht tust,
612 wenn du merkst, es ist jemand psychotisch, erschwert es das, erleichtert es das,
613 verändert es den Beratungablauf überhaupt nicht?

614

615 B: (...) Okay, also das ist natürlich schon ein großer Unterschied, (...), also wenn ich
616 so den Eindruck habe, es kann ja sein, (...), dass (...) der und das war aber natürlich
617 schon auch öfters mal der Fall, dass (...) ja, also ich (...) finde das zeigt es, also (...)
618 paar so Anzeichen für so eine psychotische Entgleisung da ist und der weiß das
619 nicht, (...), dann reagiere ich natürlich anders, als wenn der schon in Behandlung ist.
620 So den Unterschied meine ich, nicht? (...) Wenn der das nicht weiß, (...), ja kommt
621 es natürlich drauf an, wie weit die Entgleisungen sind. Also, ich hatte jetzt zum
622 Beispiel, vor vier Wochen war es (...) so ganz extrem in einem Gespräch. Da war es
623 aber so, das war ein Klient, der ist schon länger in Behandlung und der ist im
624 Gespräch dekompenziert, (...), also hat immer mehr paranoide Empfindungen
625 geäußert und auch ganz konkrete (...) Dinge benannt, (...), die er als bedrohlich, oder
626 wo Verfolgungsgefühle entstanden sind und (...) bei dem war das so, das ist sehr gut
627 an der Frage, finde ich, weil es da Unterschiede gibt, dass ich schon eine Sprache
628 hatte mit ihm. Das finde ich nämlich im Unterschied zu Klienten jetzt nur (...) wegen
629 Sucht da sind, eine gute Sache ist, das zu versuchen. Eine eigene Sprache zu
630 haben, heisst, es gibt nach meiner Beobachtung Klienten, die können über ihre
631 Psychose sprechen, es gibt welche die können gar nicht da drüber sprechen (...),
632 oder sind erst dabei das zu lernen und die, die dadrüber sprechen können, da (...),
633 ja, ich würde das so sagen, ist es so eigene Sprache. Es gibt Dinge, die kann man
634 sagen und andere die, da tritt man demjenigen zu nahe auch, oder das ist für ihn so
635 ungewöhnlich, dass das einer so sagt, (...), so würde ich das mal sagen. Und mit
636 dem Klienten war es so, dass wir schon geübt drin waren bestimmte Dinge so zu
637 besprechen, also ich konnte jetzt, zum Beispiel, da konkret sagen: "Wie ist Ihr
638 Eindruck? Haben Sie den Eindruck, dass jetzt momentan die Tendenz da ist, dass
639 Sie einen psychotischen Schub kriegen", also ganz einfache, auch, wir haben das
640 von ärztlicher Seite so in der Diagnose gesagt hat, "und es ist notwendig, dass wir
641 was unternehmen?", nicht? "Also, Sie nehmen ja Medikamente und es scheinen trotz
642 der Dosierung, die Sie gerade verordnet kriegen, so zu sein, dass es nicht
643 funktioniert." (...) Also, da hat er gut drauf reagiert, aber das war notwendig, dass wir
644 das vorher, glaube ich, auch einstudiert haben, nicht? Also, dass wir uns da (...)
645 drüber verständigt haben, (...) es ist eine Psychose vorhanden und es besteht die
646 Möglichkeit, dass/ er hat auch Drogen konsumiert, das hat das wahrscheinlich

647 angeschoben, nicht? Und (...), dass ich das besprechen darf mit ihm, nicht? Wieso
648 (...) ist das wichtig? Ich habe die Beobachtung gemacht, dass (...), ja, da eine
649 Empfindlichkeit da ist wo derjenige dann oft, ja, bockig reagiert, nicht? Also, dass
650 einerseits bockig deshalb, weil, ja, das dann bezweifelt wird, dass diese
651 Empfindungen da sind, diese paranoiden Empfindungen, dass die bestritten werden,
652 (...), dass eine Verfolgung besteht und dann oft auch parallel dazu, dass das eben
653 jetzt mit dem Kiffen nicht zusammenhängt, nicht? Das wird dann eben auch
654 abgestritten in dieser Situation. Also, dieses (...) komplizierte Gemisch kann da
655 auftreten und da ist es aber möglich gewesen, weil wir uns da schon (...), weil wir
656 uns auch schon länger kennen und ganz gut drauf verständigt haben. So und

657

658 I: (unv. B. überlagert) eine höhere Sensibilität wäre dann schon wichtig mit dem
659 Klienten, der jetzt akut psychotisch, oder nur tendentiell irgendwie psychotisch ist,
660 als jetzt in einem Beratungsgespräch mit jemandem, der keine Psychose
661 diagnostiziert bekommen hat?

662

663 B: (...) Ja, also würde ich so nicht sagen. Also, ich finde hohe Sensibilität (...) es ist
664 natürlich immer super, aber eine andere Richtung. Ich würde sagen, die
665 Aufmerksamkeit muss in eine andere Richtung gehen, weil scheinbar, also ich würde
666 es mal so formulieren, wenn einer jetzt eine Neigung zu einer Psychose hat,
667 scheinbar harmlose Äußerungen man vielleicht übergeht, ja, die aber wichtige
668 Hinweise sein können und (...) das hatte ich jetzt erst letzte Woche. Das war also
669 eine junge Frau und (...), ich will mal ein Beispiel bringen, was mit scheinbar jetzt
670 harmlos ist. Also, ich finde eine Auffälligkeit, wenn jemand eine Psychose hat, ist,
671 dass derjenige Themensprünge macht, die überhaupt gar nicht passen, nicht? Also,
672 von einem Thema plötzlich zum nächsten und gar kein Übergang stattfinden kann,
673 oder da stattfindet, ist keine Verbindung da. (...) Meine Erklärung dafür ist, (...), also,
674 das hat auch sicher mit der Empfindlichkeit zu tun, ähnlich wie bei ADS, wie ich das
675 bei diesen ADS-Klienten erlebt habe, dass das Wirrwarr, (...), also dieser große
676 überdurchschnittlich hohe Gedankenfluß, der beschrieben wird diese Sprünge
677 nahelegt einfach, nicht? Es sind so viele Daten präsent zu einem Thema, (...), also
678 es ist auch manchmal so ein etwas übertriebener Redefluß da ist, dass derjenige,
679 also es wird zu einem Thema geredet und das gerät plötzlich in die Nähe von was
680 völlig anderem, dass sie aber genauso stark emotional in ihrer Erinnerung emotional
681 belastet hat und schwupp, hat sie da weiter geredet, ja? Also (...) das ist, finde ich
682 jetzt was, was bei Leuten, die jetzt also Kiffer, zum Beispiel, die jetzt keine Psychose
683 haben und so passiert. Das ist halt auffällig. Es war jetzt kein so extremer Sprung,
684 aber ich (...) mir war das klar, also dass das jetzt (...) ja, neben der Spur war ein Stück

685 weit. Das hat sich im Gespräch noch ein paar Mal wiederholt und meine
686 Beobachtung ist, wenn die Häufigkeit von solchen Sprüngen einfach, ja, zu groß
687 wird, dann ist meistens was im Busch, (...), und (...) was ich gemacht habe, was dann
688 halt folgendes. Ich bin dann halt erstmal, war bei ihr auch möglich, halt (...) möglich
689 das transparent zu machen, also zu sagen: "Also, ist das denn jetzt Ihnen
690 aufgefallen, dass jetzt so viele Sprünge da waren?", habe ihr verschiedene Themen
691 aufgelistet und (...) ich würde sagen, das war ihr nicht so bewusst. Jedenfalls war es
692 nicht wichtig. Die Sprünge waren nicht wichtig. Wichtig war, dass diese Themen für
693 sie gerade virulent sind und zwar alle, wie sie da waren und (...) was dann raus kam,
694 oder was ich wichtig fand, ist, (...) es ging ihr sehr schlecht. Also, das war eigentlich
695 gar nicht das Thema. Es war (unv. lachend) eine sehr fröhliche Miene gehabt, wo sie
696 aber dann zum Schluss auch gesagt hat, das ist eigentlich auch alles überhaupt nicht
697 echt, nicht? Also, das (...) das hatte

698

699 I: (unv. B. überlagert) von der Psychose kommt, was sie jetzt erzählt hat, meinst du
700 mit, dass ist jetzt gerade nicht alles echt so?

701

702 B: Nein, diese Stimmung, die sie vermittelt, ja? Also, dass sie unter enormem Druck
703 steht und dann (...) also, mein Eindruck war, sie (...) ist auf ihre Art eben halt trainiert
704 dadrauf sich gegen diese (...) ja, diese psychotische Wellen damit zu stemmen, dass
705 sie sich einfach zusammenreißt, ja? Also, versucht zu funktionieren und in so einer
706 Phase ist natürlich auch der Suchtdruck größer, (...), also, weil diese Anspannung
707 natürlich jetzt beim Cannabis dann, die hat dann halt sehr viel Alkohol getrunken, die
708 macht beides, dass sie dann das versucht damit zu kompensieren, aber jetzt hat sie
709 den ganzen Tag nichts getrunken, kam dann nüchtern hierher und (...) für sie sind
710 diese Sprünge nicht wichtig, (...), aber es ist für sie aber auch nicht möglich das dann
711 so (...), ja, sagen wir mal, zu erklären, nicht? Also, ich habe hier gerade, man könnte
712 es ja auch so machen, sagen: "Ich habe jetzt gerade hier, ich nehme drei, vier
713 Baustellen wahr, wo es gerade sehr krisenhaft ist und (...), ja, die mir Angst machen
714 und wo ich jetzt wirklich mir Sorgen mache, dass ich damit abstürze, oder damit nicht
715 mehr klar kommen werde.", sondern sie ist von einem Thema zum anderen
716 gesprungen und (...)ja, die Frage mehr, also was ist jetzt hier das spezielle? Also, ich
717 glaube, diese Format damit umzugehen, (...), also oder das wahrzunehmen für
718 jemand, der in so einer psychotischen Welle dann da drin ist, ändert sich halt, nicht?
719 Also, dass im Reden, (...), in der Art und Weise so das zu erzählen (...), also so auch
720 einfach so eine Planlosigkeit, das nicht sortieren zu können, ja? Es ist (...) also, ich
721 finde, manchmal beschreiben das unsere Klienten ja selber sehr gut, nein? Also,
722 dieses Wirrwarr, das da stattfindet und (...) dieses Format, das diese Klientin da

723 gefunden hat, (...), für sich also, in einem Schwall über das eine zu reden und dann
724 eben das andere, das nächste zu schwappen, finde ich, ist ein Stück weit Ausdruck
725 davon, (...), von diesem (...) Wirrwarr, das da stattfindet. So. Und jetzt vielleicht die
726 zweite Seite, was dann die Sucht angeht, das ist ja auch wichtig, bei der Frage. Ich
727 habe es ja schon gesagt, (...), also (...) ich (...) finde, man muss sehen, alle
728 Psychotiker haben natürlich die Erfahrung gemacht, wenn ich kiffe, oder trinke, oder
729 ein anderes Betäubungsmittel nehme, je nachdem, das hilft mir dabei die (...) Welle,
730 diese Anspannung, ob es sich jetzt als Paranoia äußert, oder Angst, ja, runter zu
731 fahren auch, wenn das Risiko besteht, dass es aber eben die andere Seite auch gibt,
732 (...), also wieso nehmen die ihre Medikamente ungern? Also, die haben halt eben
733 hässliche Nebenwirkungen, aber bringen das Risiko nicht mit sich einen
734 psychotischen Schub auszulösen, nicht? Kiffen hat eine sehr angenehme
735 entspannende Wirkung für die Psychose und das Risiko, dass es aber auf der
736 anderen Seite auch die Psychose da anschieben kann, wird dann eben
737 ausgeblendet. Es können Menschen die Suchtprobleme haben eben sehr gut, ja?
738 Also, das finde ich wichtig zu sehen und auch die Not. Also, für mich war das eben
739 bei der Klientin wichtig zu wissen, also ja, diese schweren Rückfälle, (...), also muss
740 man natürlich im Zusammenhang sehen, (...), dass sie, ja, ein Stück weit letztendlich
741 da auch ihre Psychose mit bearbeitet (...) und (...) ja, und, das jetzt nicht unter der
742 Überschrift nur Sucht steht, ja? Oder es, also dass es jetzt nicht nur Thema ist, ja,
743 Konsum wegen Suchtdruck, der ausschließlich so in einem geschlossenen
744 Suchtraum stattfindet, sondern auch ein Stück weit Selbstmedikation ist da auch
745 dabei, nicht? Diese Seite ist da und da sind, ich weiß nicht, ob alle, (...), aber ich
746 glaube, sehr viele Drogen, oder vielleicht auch alle in gewisser Hinsicht geeignet,
747 dass in deren Wahrnehmung, ist das wirksam. Das würde ich auf jeden Fall auch
748 wichtig finden, das zu beachten.

749

750 I: Wenn wir es gerade davon haben mit jemand ist psychotisch, mit
751 Cannabisabhängigkeit, gibt es bei dir da besondere Vorgehensweisen, oder
752 Verhaltensweisen, die du jetzt jemandem, der neu in der Suchtberatung anfangen
753 würde, zum Beispiel, mitgeben würdest? So eine Dos and Don'ts Liste mäßig?

754

755 B: Also, wenn jemand mit beidem ankommt? Also, Psychose und Sucht, meinst du?

756

757 I: Genau.

758

759 B: Also, ich finde (...) erstmal ganz grundsätzlich diese Sensibilität und das
760 Einfühlungsvermögen, das ist auf jeden Fall wie ich es zu eingangs geschildert habe,

761 gleich. Also, das ist auf jeden Fall (...) finde ich was, was immer gilt. Unter (...) der
762 Spezialität, das was jetzt den Unterschied zwischen nur Sucht und Sucht und
763 Psychose ausmacht, das noch sich zusätzlich anzueignen. Also, ich versuche es
764 nochmal zu schildern. Also, die (...) Empfindlichkeit ist einfach höher von jemand, der
765 eine Psychose hatte, oder egal, ob der sich jetzt in einem psychotischen Schub drin
766 befindet, oder dazwischen (...), das würde ich auf jeden Fall berücksichtigen und das
767 heisst halt fürs Gespräch (...) ja, man muss die eigene Wahrnehmung, oder auch ein
768 Stück weit sehr flexibel nutzen, ganz vorsichtig gucken, wie geht es dem? Ja? Also,
769 das kann wirklich auf die Bedürfnisse so starke Auswirkungen haben, dass das
770 Tempo vom Gespräch nochmal verlangsamt werden muss. Solche Details, muss
771 man einfach auch gucken, was notwendig ist, oder (...) zu spüren, dass vielleicht
772 irgendein Spezialbedürfnis gerade da ist, nicht? Und, also einmal saß da und, ich
773 weiß nicht, da hat jemand eine Zahl auf die Flipcharts gemalt. Es war, glaube ich,
774 eine Sechs, sonst stand da nichts drauf und der hat dann immer wieder da
775 hingeguckt, ja, und er hat gesagt "Wieso steht da eigentlich eine Sechs?", ja? Also,
776 (...) oder eine Sieben, ich weiß nicht ob Sechs. Und (...) das ist ja eigentlich total
777 verrückt, (...), aber man muss (...) das also absolut ernst nehmen, also dass hier
778 Dinge ablaufen, die (...) sind für denjenigen so. (...) Deswegen habe ich dir das eben
779 mit dieser Rauscherfahrung erzählt, also ich hätte das nicht gedacht, also dass das
780 so ist. Das es ganz anders ist. Und seitdem ich das weiß, (...), also fällt mir das auch
781 viel leichter das ernst zu nehmen. Deswegen, ich möchte aber nicht dann deswegen
782 empfehlen, dass jeder unbedingt so eine Rauscherfahrung machen muss, ich kann
783 aber ganz klar sagen, also das ändert (...) die Beurteilung davon völlig. Also, das ist
784 das eine und das zweite finde ich gut, mit der Sprache nochmal. Also, wenn klar ist,
785 (...), also, es ist, diese Doppeldiagnose liegt vor, lohnt es sich nach und nach so eine
786 Sprache zu finden für die Psychose, ja? Also, (...) das kann auch sehr individuell
787 sein. Also, ich finde, die Sprache finden, dazu gehört erstmal rausfinden, wo steht
788 derjenige? Kann der über seine Psychose sprechen, nicht? Also, das ist Thema, (...),
789 also ist es, weil es ist doch wichtig. Ist der im Stande darüber zu reden, oder nicht?
790 Manche wehren das ja total ab, wenn (...) und dann ändert sich natürlich die
791 Vorgehensweise, wenn das nicht der Fall ist (...) versuche ich natürlich rauszufinden,
792 lohnt es sich das zu versuchen, (...), weil es ist ja ein Riesenvorteil, (...), wenn einer
793 über seine Krankheit sprechen kann. Und, ich mache mal ein Beispiel, was ich dann
794 manchmal sage, (...) wenn einer da noch gar keine Sprache hat, um den nicht zu
795 kränken. Also (...) sagen wir mal, einer erzählt von zu Hause, (...), dass er da wieder
796 Ärger, oder Vorwürfe von seinen Eltern bekommen hat, weil er wieder so viele
797 komische Geschichten erzählt, (...), und er wüßte doch ganz genau, dass nachts die
798 Polizei dauernd bei ihnen vorbeigefahren ist und die haben ihn auf dem Kieker und

799 (...) so halt, nicht? Und alles so, wo man halt den, ja, könnte ja auch so sein, aber
800 wenn man eben weiß, und man spürt es dann ja auch, dass es eine gewisse Grenze
801 vielleicht überschreitet und man weiß vielleicht sogar von der Diagnose ja, dass eine
802 Psychose vorliegt, dann (...) ist es ja trotzdem auch hilfreich für den Klienten, das
803 mal zu thematisieren, dass er da ja Probleme kriegt. Also, (...) (unv.) manchmal sage
804 ich: "Ja gut, wie machen Sie das dann, Herr Müller, (...), also so, (...) das sind ja nicht
805 nur Ihre Eltern, es kann doch auch sein, (...), dass auch andere dann das merkwürdig
806 finden, wenn Sie diese Beobachtung machen und dann denken sie 'ho ho ho, was
807 ist denn mit dem los?', nicht? Also, wir wissen ja nicht, wie es ist, nicht? Nur, Ihr
808 Umfeld reagiert halt so." und (...) das wäre dann so eine Brücke zu bauen, also dass
809 nicht über die Suchtmittel geredet wird, also nicht nur darüber, ist das jetzt eine
810 Erkrankung, oder nicht, sondern: "Wie würden Sie das denn beschreiben, wie
811 erleben Sie dieses Alles?", nicht? "Also, andere reagieren ja auf Sie und Ihre
812 Wahrnehmung. Das ist das Thema, dann werden Sie in Ihrem Leben halt (...)", also,
813 so rede ich da nicht weiter, sondern (ich jetzt so?) so muss derjenige ja mit seinem
814 Leben dann nachher umgehen. Er hat diese Zusatzwahrnehmung und die ist so. Und
815 die, die weiter gekommen sind, (...), also die festgestellt haben, das wiederholt sich,
816 das geht nicht mehr weg, (...) und "Ich komme da immer wieder rein", und (...) ein
817 Format, ein Sprachformat gefunden haben also, neben den Suchtgesprächen, also
818 diese spezielle, ich sage jetzt mal, irre Seite an mir. Ich finde es ja unglaublich
819 faszinierend. Diese irre Seite an mir besprechen zu sollen und zu können und auch
820 mit meinem Berater und einen zu haben, der mich dafür nicht abwertet (...) das ist
821 also ein großer Schritt und das ist Gold wert, nicht? Also, es dauert auch lange, aber
822 ich glaube, das ist eine gute Idee, ja, neben den Medikamenten, nicht? Also weil,
823 was können wir denn als Berater machen, nicht? Sie, die Irren werden zum
824 Psychiater geschickt und dann kriegen sie Medikamente, nicht? Ich denke, was uns
825 zur Verfügung steht, ist halt (...) die Sprache und ich finde das eine gute Erfindung
826 von mir so diese (...), also ich nenne es halt so, diese Sprache für diese
827 Psychosesymptome zu finden und gemeinsam einzustudieren mit dem Klienten.

828

829 I: Du hast schon ein bisschen so übergeleitet auf eine andere Frage, die ich mir
830 gestellt habe. Das ist nämlich die, also ich stelle der Frage voraus, dass ja klar ist,
831 Abhängigkeit wird diagnostiziert vom Arzt und genauso wie eine psychische
832 Erkrankung und nicht von den Suchtberatern. Also, dass wir da nicht (...) vorher
833 drüber diskutieren müssen, aber die Frage wäre, hattest du schon mal einen Klienten
834 in der Beratung, oder eine Klientin, bei denen du eine reine Cannabiskonsumstörung
835 also, der eine reine Cannabiskonsumstörung diagnostiziert wurde, die jedoch, also
836 du jedoch starke Vermutung hattest, dass da trotzdem psychotisches Verhalten da

837 ist, das vielleicht an anderer Stelle noch nicht erkannt wurde?

838

839 B: Ja. Genau, also das, würde ich sagen, gibt es natürlich auch (...) und (...) ich habe
840 da versucht mir so mich an ein paar Klienten zu erinnern, weil aktuell habe ich nur
841 einen, wo das, finde ich, so ist. (...) Ja, ich habe mich gefragt, was heisst das denn,
842 nicht? Weil (...) das ist ja eigentlich, ja, so wie du schreibst, ja auch (...) ärztliches
843 Handwerk hier die richtige Diagnose zu stellen. Was machen wir denn, wenn wir
844 einen anderen Eindruck haben? Ich finde nämlich, was unsere Klienten beschreiben
845 ist doch so, vor allem auch Psychiater haben in der Wahrnehmung von einem
846 Psychotiker unverständlich wenig Zeit, nicht? Die finden das, eigentlich sollte man
847 so, wie sie dann hier mit uns Gespräche führen können, ein Beratungsgespräch
848 von einer Stunde ist beim Psychiater undenkbar (...) und mein Eindruck ist auch, die
849 (...) verstehen das gar nicht, ja? Also, die finden das ganz, ganz, also die spielen
850 auch in dem Gespräch keine Rolle. Also, die erwähnen nie ihren Arzt, der wird nicht
851 als Behandler gesehen, oder als Vertrauensperson, das ist der, der (...) die Rezepte
852 verschreibt und, wenn Uneinigkeit besteht, der auf der Seite derjenigen steht, die ihn
853 dazu zwingen wollen, endlich seine Medikamente regelmäßig zu nehmen, oder die
854 Dosis zu erhöhen, (...) da sehen die Streitigkeiten und da taucht der Arzt auf, aber
855 nicht als jemand, der jetzt die Psychose behandelt. So kommt mir das vor jedenfalls.
856 Das ist aber jetzt kein Vorwurf an die Ärzteschaft, oder an die Psychiater, also ich
857 habe größten Respekt vor jedem Arzt, der (...) diese Fachrichtung wählt, weil es ist
858 die Fachrichtung, die sich mit den Menschen beschäftigt, die am schwächsten sind
859 und die am meisten Hilfe brauchen und deswegen erstmal ich da großen Respekt
860 habe. Und es bringt ja auch einfach das Arzt sein mit sich, dass es halt alles so ist.
861 Die können nachher ja nicht viel dafür, so. Aber es ist wichtig für uns hier, (...), weil
862 ich finde bei Psychose spielen die Psychiater halt eben eine enorme Rolle, weil die
863 Standardbehandlungsmethode ist doch Medikamente verschreiben, ja? Und jetzt bei
864 der Frage, (...), also was ist denn eigentlich, wenn jetzt einer halt (...) den Eindruck
865 erweckt, es ist jetzt nicht richtig diagnostiziert worden. Ja gut, Da kommt es natürlich
866 erstmal drauf an, ist der überhaupt schon (...) in ärztlicher Behandlung, nicht? Also,
867 es kommen ja auch Kiffer her, (...), die halt von Eltern geschickt werden, die sagen:
868 "Der ist so komisch" und das ist dann ja auch manchmal richtig, was die Eltern
869 sehen. Der ist nicht nur komisch, weil er zu viel kiff, sondern der ist wirklich komisch,
870 ja? Und (...) ja, also da ist es halt wirklich, hängt das sehr vom Einzelfall ab. Also,
871 mir ist eine Situation eingefallen, (...) da würde ich, also meine Erinnerung, der war
872 sehr lange bei mir in Beratung, (...) ist das, irgendwas anderes war da noch. Der war
873 leicht paranoid einfach immer, ja? Also, und es gab aber keine ärztliche Diagnose
874 und er hat regelmäßig gekiff und die Eltern haben ihn geschickt. Ja, was mache ich

875 denn jetzt? Also,(...) ich habe zunächst mal versucht überhaupt das, was ich vorher
876 beschrieben habe, das für mich wichtigste, rauszufinden, gibt es hier eine
877 Gesprächsebene mit demjenigen selber? Also, wie sieht, wie nimmt er das selber
878 wahr, wie beschreibt er das, nimmt er das überhaupt wahr (...), oder beschränkt sich
879 das darauf, dass andere sagen: "Du bist komisch, geh mal zur Beratung.". In dem
880 Fall war es nämlich so, der hat das einfach nicht so gesehen, nicht? Und, wenn das
881 jetzt so ist, (...), ist ja die Frage, ja, stelle ich mich jetzt mit meinen Zweifel, ich habe
882 das natürlich auch im Team besprochen, auf die Seite derer, die sagen "Ja, mit dir
883 ist was nicht in Ordnung, geh mal zum Psychiater.", (...), ohne dass der es will, also
884 habe ich natürlich versucht, aber dann eben in der Weise, ja, wenn (...) das andere
885 so sagen, also (...) wir sind hier keine Diagnosestelle, was sowas angeht, ob er das
886 vielleicht mal von fachlicher Seite, von ärztlicher Seite mal abklären lassen möchte.
887 Also, so weit waren wir, (...), aber das war es dann schon, so. Das kann passieren,
888 nicht? Offensichtlich, also ich habe da gar keinen Zweifel dran, das war irgendwas
889 anderes, war noch da. Psychose heisst ja, finde ich auch nicht immer, (...), dass es
890 im totalen Wahn irgendwie endet. Kann ich nicht sagen. Also, (...) hier tritt es
891 jedenfalls auch anders auf, ja?(...) Und (...) was dann eben ja auch passiert, ist, dass
892 es hier auftritt und die Klienten das vielleicht auch so sehen und sich aber weigern
893 weiter zum Arzt zu gehen, nicht? So, das ist ja auch Format, das gerne passiert. Und
894 (...) also das ist halt schwierig, finde ich wirklich, (...), weil es ist dann ja eben, da sind
895 mir Fälle eingefallen, es ist dann ja eben manchmal so problematisch, (...), also dass
896 man wirklich neben dem Suchtproblem das Problem hat einen Plan zu erstellen, wie
897 für denjenigen ein unabhängiges Leben aussieht und derjenige das aber gar nicht
898 so (...) der sieht das halt nicht so, ja? Völlig unfähig sein Leben zu regeln. (...) Ich
899 finde das gehört ja da auch ein Stück weit mit rein, (...), also gut, es ist vielleicht mal
900 gesagt worden, aber derjenige sieht es halt nicht so, oder es ist wirklich, bei der
901 Frage jetzt, ausschließlich wichtig, wenn es jetzt von ärztlicher Seite nicht
902 diagnostiziert ist?

903

904 I: (...) Na, der Gedankegang von meiner Seite aus ist eher so der, wie würdest du
905 vorgehen? Du hast jetzt gerade gesagt, du würdest versuchen mit dem Klienten
906 darüber zu sprechen, je nachdem ob er drauf anspringt oder nicht. Gibt es noch
907 andere Vorgehensweisen, oder besondere Verhaltensweisen, die du dann jetzt an
908 den Tag legen würdest? Würdest du dich vielleicht an andere Stellen wenden, oder
909 wie gesagt, Themen besprechen?

910

911 B: Ja, okay. Verstehe. Also, ich finde (...) das sind ja zwei Bereiche, das eine ist ja so
912 der Fall wo, finde ich auch gut, dass du vor der Frage das mit dieser Diagnose

913 geschrieben hast, dieser diagnostische Bereich, da finde ich übrigens, ja, (...)also es
914 ist ja eine formale Frage, ob wir das dürfen, oder nicht, aber ich finde da ist natürlich
915 über die jahrzehntelange Erfahrung irgendwann so eine Fachlichkeit da, dass ich (...)
916 fest davon überzeugt bin, dass wir da natürlich auch einen sehr scharfen Blick dafür
917 entwickeln. Geht ja gar nicht anders, wenn man es dauernd sieht. Es ist halt so. So,
918 das ist das, was dieses diagnostische angeht und das ist eine wichtige Frage, ja?
919 Und, aber der zweite Bereich, der ganz unabhängig davon funktioniert, wie bei der
920 Sucht, ist dieser Motivationsbereich, nicht? Also, weil diese Psychoseproblematik
921 schwankt ja auch immer so mit der (...) bei einer Sucht nennt man es Suchteinsicht,
922 hier ist es dann ja (...) ja, Krankheitseinsicht würde man es wohl nennen, (...), also
923 mit der Einsicht, dass das da ist und da funktioniert die Motivationsarbeit, (...) aber
924 anders, (...), also (...) ja, bei Sucht ist es ja wirklich ein Tauziehen, (...), wo es ja nicht
925 darum (...), ja, oder am Anfang vielleicht schon, aber nicht so extrem darum geht,
926 nimmt der das wahr, nicht? Bei Psychose kann es ja einfach wirklich so sein, der
927 sieht es halt nicht so, nicht? Und da (...) erfordert die Motivationsarbeit Vertrauen,
928 (...), also ich erlebe es wirklich ganz arg so, dass auch so ein schwarz-weiß Denken,
929 zum Beispiel, durch die Psychose entsteht, nicht? Also, das "Die sehen das alle nicht
930 so, (...) mit denen brauche ich gar nicht mehr, will ich gar nicht mehr, nicht? Aber ich
931 werde von der Polizei verfolgt.", nicht? Und einen Ort zu schaffen also, wo der das
932 sagen darf und (...) die eigene Sprache zu finden das so zu besprechen, dass da
933 keine Abwertung stattfindet und irgendwie dann vielleicht später mal schrittweise
934 Zugang entsteht, dass der betreffende über seine Psychose sprechen kann, nicht?
935 Also, dass ist so (...), finde ich, also so nach (...) meinem Denken, hier die
936 Spezialaufgabe, über die Psychose sprechen können. Manche können das ja in
937 einem Format, das ist faszinierend, (...), also wo du wirklich merkst (...) also, ich sage
938 es jetzt mal im umgangssprachlichen: "Ich bin irre.", ja, sagt eine Klientin auch, "Ich
939 bin wirklich so, also ich weiß auch, dass ich manchmal so in diesem Bereich bin und
940 wenn das switcht, dann bin ich auch gefährlich vielleicht sogar, nicht? Aber ich will
941 das gar nicht, oder ich kann dann auch gar nicht mehr so denken, wie da, ja?" Und
942 dieses Format, das ist natürlich, ich weiß nicht, ob das für jeden möglich ist, aber
943 wenn das möglich ist, (...), dann ist das natürlich auch ein gutes Ziel und auch für
944 den Berater eine gute Aufgabe da, ist natürlich ein hohes Ziel, aber da hinzukommen.
945 Aber, wenn man weiß, dass es so ein Ziel gibt, dann kann man ja auch zurückdenken
946 und sich überlegen, was ist denn, wenn der das nicht kann? Was ist am Anfang
947 vielleicht notwendig im Unterschied zu Sucht? Wenn es dieses Ziel gibt und er weiß
948 nicht mal, oder kann nicht mal sehen, dass er praktisch durch die Psychose
949 manchmal in unterschiedlichen, in einer eigenen Welt lebt, die für andere nicht
950 sichtbar ist, die aber für ihn echt ist, nicht? Also, so diese Feinheiten sich mal zu

951 überlegen, dann entsteht Substanz für die Beratungsgespräche, nicht? Nicht nur
952 Vertrauen, sondern ich habe beobachtet, die Klienten merken nach und nach, (...)
953 der ist anders, das Gespräch hier läuft irgendwie anders, als die anderen, nbicht?
954 So. Der ist nicht von der Polizei. Manchmal schwankt das ja auch zwischen einer
955 psychotischen Überlegung und dem Überlegungen, die er vielleicht zu Hause
956 gegenüber seinen Eltern hat, nicht? Also, es ist schon klar, das ist mein Vater, aber
957 der ist manchmal (...) auch für die Polizei, die mich verfolgt, ja? Also, so (...) da eine
958 andere Rolle zu kriegen und das ist über die Sprache, glaube ich (...) möglich. (4)
959 Das würde ich auf jeden Fall (...) raten. Wenn wahrgenommen wurde, es ist eine
960 Psychose möglicherweise da, also einmal die diagnostische Seite und dann was
961 diese Weiterentwicklung, diese Motivationsseite zu gucken, wie ist der Unterschied
962 zur Sucht, ja, welche Dinge sind hier zu beachten und da, ja, also ich finde, es ist
963 schon ein bisschen notwendig sich halt mit Psychose zu befassen und (...) ein
964 Feeling dafür zu kriegen, dass es wirklich anders ist als die Motivationsarbeit in
965 anderen Bereichen, oder so würde ich das sagen.

966

967 I: Wie, das heisst, du, wenn ich das richtig verstehe, du machst es dann primär auch
968 hier deiner Beratung mit dem Klienten einzeln aus, ohne da jetzt irgendwie gegen
969 seinen Willen, oder für sein Wohl, oder in welcher Hinsicht auch immer dich nach
970 außen an andere Leute zu wenden?

971

972 B: Ah, genau, diese Seite ist ja auch noch wichtig. Also, das bezieht sich jetzt nur auf
973 das Arbeitsbündnis, nicht? Also, ich glaube, das ist unersetzlich, nicht? Also, dazu
974 gibt es ja keine Alternative, (...), ich finde als Berater hast du ja immer, immer so, das
975 soll man eigentlich, kann man, es gibt ja die Aussagen, dass man das nicht sagen
976 soll, ich würde sagen, du hast immer die Aufgabe das Arbeitsbündnis zu schützen,
977 weil es keine Alternative dazu gibt und das umfasst eben halt diese Dinge
978 rauszufinden, wie kann ich auf dem seine Probleme eingehen? Das ist bei Psychose
979 eben anders, als bei Sucht, aber wenn das jetzt eben so Grenzen überschreitet, wie,
980 (...), also dass es richtig schwierig wird, dass wir in unserem Kontext überfordert sind,
981 brauchen wir natürlich das Arsenal an alternativen Unterstützern und, ja, gut, dass
982 du es ansprichst, (...), das ist natürlich schwierig, ja? Weil die Gefahr immer auch
983 besteht, (...), also (...) ja, ist der jetzt doch vielleicht, also wenn das paranoide da ist,
984 ist der jetzt vielleicht doch mit meinem Feind verbündet, oder sowas derartiges, ja?
985 (...) Also, ich finde, das (...) ist nicht ganz lösbar das Problem, aber wenn man sich
986 das vorher überlegt, (...), also ich mache das dann immer so, auch versuchen das
987 auch transparent zu machen, nicht? Also, kann man sich ja denken, so mit einer
988 Aussage: "Wissen Sie Herr Soundso, (...) wenn ich jetzt mal in die Rolle, die Situation

989 komme, dass ich denke hoho hohoho, was ist denn heute mit Ihnen los, würde ich
990 Sie gerne erst fragen, was soll ich dann machen? Und ich sage Ihnen, wenn ich
991 wirklich Sorgen krieg, dass ich nicht mehr weiß, was ich machen soll, dann mache
992 ich das Folgende, ja?", dass er das halt vorher weiß, aber in einer Situation, wo er
993 sich gut fühlt halt, nicht? Und das ist bei Sucht so nicht notwendig, (...), außer bei
994 Suizidalität, (...), aber bei Psychose ist es halt so, dass ja, Suizidalität ist ja bewusst,
995 wird geplant und das ist ja nicht, so derjenige nicht selber (...) plant und bei Psychose
996 kann ja sprunghaft plötzlich was sein, nicht? Hier lohnt es sich deshalb, weil wir das
997 wissen, (...), weil man ja weiß plötzlich, das war ja jetzt auch bei diesem Klient, von
998 dem ich neulich erzählt habe, der hier dekompenziert ist. Da hat sich das voll gelohnt,
999 nicht? Also, da war dieser Ebene so, dass wir in der Dekompens/ wir haben von hier
1000 aus dann die Psychiatrie zusammen angerufen

1001

1002 I: Das wäre das vorherige, was du gerade erwähnt hattest im Satz davor?

1003

1004 B: Also, das wäre, ist jetzt ein Beispiel dafür, dass das frühzeitige Ankündigen, na,
1005 ich bin jetzt selber/ das frühzeitige Ankündigen, was mache ich, wenn Sie (...), also
1006 wenn der jetzt, wenn keine Gesprächsebene da ist und ich dann so vorsichtig sagen
1007 würde so "Huhu und ich weiß nicht, was ich machen soll." so, halt um irgendwie keine
1008 abwertenden Worte zu finden, so wie die Polizei jetzt, nicht? Oder der Dreh "Spinn
1009 doch nicht mal so rum." (...) irgendwelche weichen Worte zu wählen, (...) die
1010 Ankündigung zu machen, dass ich ab einem gewissen Punkt was tun werde, nicht?
1011 Dass er das mal gehört hat von mir, so, ganz früh und da waren wir halt so weit, dass
1012 er da aber schon selber mit mir gemeinsam aktiv werden konnte und die Schritte in
1013 die Psychiatrie einzuleiten. (...) So. Und (...) die Frau vom PBZ, da war es natürlich
1014 einfach schon auch wichtig, dass wir Austausch schon hatten, nicht? Also, dass eben
1015 kein "Ja, wer sind Sie denn?" notwendig ist, sondern (...) wenn das dann
1016 problematisch ist, wenn einer dekompenziert und ein Ziehen und Zerren dann
1017 losgeht, dann hast du das natürlich auch noch, nicht? Das ist dann ganz Scheiße,
1018 (...), weil das ist ja total, wenn einer dann so komische Sachen macht, das ist ja auch
1019 nicht das Vertraute, ich weiß da ja auch nicht,.. was als nächstes passiert. Deswegen,
1020 so diese Wege, die nach außen führen, ist man natürlich gut beraten, die zu pflegen
1021 und es ist halt insofern halt (...) schwierig, weil es andere sind, als bei Sucht, nicht?
1022 Es führt ja nicht in die Entgiftung, sondern dann halt da hin und das brauchen wir halt
1023 nicht so oft, ja? Das ist eine dumme Sache, nicht? Also, wir haben nicht so oft
1024 Kontakt, nicht? Also, deswegen habe ich mir angewöhnt, (...) also ich verbinde das
1025 immer, wenn so ein Klient da ist, dass ich mir dann in den Kalender schreibe "Mal
1026 wieder beim PBZ anrufen", nicht? Weil der ja auch zwischenzeitlich auch immer mal

1027 wieder dort ist, um einfach zu sagen: "Hallo, mich gibt es." so, und so, halt den
1028 Kontakt aufrecht zu erhalten. Ist mir aufgefallen, dass das einfach nicht so oft
1029 notwendig ist, als jetzt so bei der Entgiftung und so, da kennt man sich natürlich, na
1030 klar. Es sind spezielle Außenkontakte, da haben wir hier den Sozialpsychiatrischen
1031 Dienst, die dann oftmals einbezogen sind, die wiederum haben eine Ärztin und die
1032 alle schwirren da so rum und (...) wir haben da ganz selten Kontakt, nicht? Und das
1033 ist aber wichtig zu wissen, dass es das alles gibt. Unsere Klienten kennen die dann
1034 oft. Es war dann schon manchmal so, wir kannten uns, also der Klient und ich, schon
1035 lange und dann kommen wir auf die zu sprechen und der kannte die alle, hat die aber
1036 hier noch nie erwähnt. Es ist halt, war auch nicht notwendig, lief alles gut, aber ich
1037 habe das nicht gewusst, dass der die kannte, nicht? Also, das ist (...) fand ich auch
1038 sowas typisches, was dann (...) bei Psychose so passieren kann. (...)

1039

1040 I: Okay. Gibt es aus deiner Sicht jetzt noch wichtige Aspekte bezüglich diesem
1041 Thema, wo du das Gefühl hattest, dass es im Interview nicht ausreichend, oder nur
1042 wenig berücksichtigt wurde?

1043

1044 B: (7) Also, ich (...), also hier ist ja so immer diese Frage, ob das Thema Cannabis
1045 und Psychose so im Studium behandelt wurde, nicht? Ich weiß nicht, ob die noch dir
1046 sehr wichtig ist, weil das fand ich war nicht der Fall, nicht? Also, ich finde, Cannabis
1047 in Psychose ist überhaupt nicht aufgetreten (...), aber ich kann das auch verstehen,
1048 (...), weil ich finde, das Sozialarbeitsstudium ist dazu, das ist eine zu spezielle Frage.
1049 Ich fände es natürlich schön, aber wir müssen das Studium vielleicht verlängern ein
1050 paar Jahre, nicht? Aber es ist dann in der Fortbildung vom GVS finde ich sehr gut
1051 behandelt worden, nicht? Also, ich finde, ich war wirklich sehr beeindruckt von der
1052 Fortbildung, also ich finde, die Standards, was die, also ich kann jetzt nur für diese
1053 GVS, diese verhaltenstherapeutische Fortbildung sprechen, was Suchtausbildung
1054 angeht, sind sehr hoch. Also, da ist einmal wirklich ausführlich Psychose besprochen
1055 worden, nicht? Weil das ist ja auch im Alkoholbereich ein großes Thema, da ist ja
1056 auch, oder mal generell auch im Suchtbereich ist Psychose ja ein großes Thema und
1057 ich fühlte mich da wirklich dann echt ganz gut drin. Also so die, diese (...) den
1058 Rahmen davon zu kennen, nicht? Ich habe erst später, das was ich vorhin gesagt
1059 habe, später dann festgestellt, also wie gesagt, es ist, ja, Menschen gibt, die sich da
1060 viel weiter von weg befinden das nachzuvollziehen, ja, und ich selber, (...), also das
1061 (...) ich mich auch geirrt habe, oder dass es dann wirklich (...) ich auch nochmal
1062 überrascht war durch dieses (...) Rauscherlebnis, wie weit das auch von mir weg ist,
1063 ja, so noch. (...) Also das mal, was Psychose angeht und dann finde ich auch, was
1064 die Suchtmittel angeht, da war Cannabis neben Alkohol schon die zweite exponierte

1065 Droge wo, finde ich, sehr gut behandelt worden ist. Also, einmal (...) alle Substanzen,
1066 also welche Substanzen da sind, Cannabis als (...) ja, größte, oder die illegale Droge,
1067 die die größte Rolle spielt da mit (...) ja, der Suchtentwicklung und sogar auch, was
1068 Rausch angeht, war sehr viel dabei. Das fand ich gut. (...) Der Zusammenhang aber
1069 jetzt, Cannabis, man sagt ja Cannabispsychose, (...), also wie Cannabis die
1070 Psychose so auslöst, also das bleibt natürlich auch schon da stehen. Also, dass die
1071 Aussage, dass eine Prädisposition halt eine Rolle spielt bei dem Menschen und,
1072 dass Cannabis offensichtlich auch statistisch das triggert, nicht? Aber, wie was
1073 genau dann da läuft, (...), also das wussten die Lehrtherapeuten so, ich weiß nicht,
1074 ob es irgendeiner weiß, aber (...) das bleibt dann so da stehen. (...)
1075
1076 I: Okay, super. Dann danke schön.

Anhang 9: Kodierleitfaden

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregeln
1. Das typische Beratungsgespräch	Ablauf eines typischen Beratungsgesprächs und Anliegen der KlientInnen	<p>„Man hat sich mal gesehen. Man hat das Problem angesprochen. Man hat vielleicht ein Stück weit die Erwartungen abgeklopft von dem Betreffenden, was er sich vorstellen kann, was er sich gar nicht vorstellen kann.“</p> <p>„um nach außen hin irgendwie tätig zu sein, auch im Sinne eines Klienten, ... immer eine Schweigepflichtsentbindung...“</p>	Welche Anliegen haben die KlientInnen oder deren Angehörigen sowie Begleitpersonen? Es soll der Ablauf eines typischen Beratungsgesprächs dargestellt sowie allgemeine Informationen zur Suchtberatung erlangt werden. Auch soll dargestellt werden, was als SuchtberaterIn wichtig ist in der Beratung zu beachten.
2. Problematiken der KlientInnen	Die Problematiken, beziehungsweise die Substanzen die die/der KlientInnen konsumiert.	<p>„...Online zocken, Online spielen, kiffen und zocken. Das ist auch immer ein Running Gag in der Drogengruppe, da grinsen alle. Also, das ist allen Kiffern klar, ... es gibt Kiffer-Beschäftigungen und zocken ist eine davon.“</p> <p>„... eine überwiegende Zahl hat immer noch ein Alkoholproblem, die hier herkommen.“</p>	Welche Substanzen konsumieren die KlientInnen, beziehungsweise welche Art von abhängigem oder missbräuchlichem Verhalten liegt vor?
3. Die Cannabiskonsumstörung	Themen die primär die Can-	-	Themen die sich primär auf die

	nabiskonsum- störung betref- fen.		Cannabiskonsum- störung be- ziehen lassen.
3.1. Anzahl der KlientInnen mit der Diagnose Cannabiskonsumstörung	Geschätzte Anzahl der KlientInnen mit der Diagnose Cannabiskonsumstörung.	„Gefühlt sind das höchstens, ja irgendwo zwischen zehn und zwanzig Prozent.“ „... Hauptdiagnose ... so meinem Gefühl nach, dass das wirklich wieder zugenommen hat.“	Eine subjektive Einschätzung der KlientInnen mit der Diagnose Cannabiskonsumstörung.
3.2. Alter der KlientInnen mit der Hauptdiagnose Cannabiskonsumstörung	Das geschätzte Alter der KlientInnen die als Hauptdiagnose eine Cannabiskonsumstörung diagnostiziert bekommen haben.	„18-23? Also noch jüngere kommen ja nicht.“ „... 17, 18, also schon an der Grenze der Volljährigkeit und dann steigt es stark an...“	Eine subjektive Einschätzung des Alters der KlientInnen die eine Cannabiskonsumstörung als Hauptdiagnose diagnostiziert bekommen haben sowie Alter des Erstkonsums.
3.3. Auswirkungen des Cannabiskonsums	Mögliche Auswirkungen des Cannabiskonsums.	„Auch die Geschlechtsentwicklung finde ich, leidet dann manchmal, dass ich nicht so recht weiß ... Die weibliche und die männliche Identität sind dann manchmal etwas gedämpfter. (...) Es ist so ein hängen bleiben in einer pubertären Phase ...“ „... wer regelmäßig kiff, kennt mit der Zeit immer mehr andere Drogenkonsumenten.“	Welche Auswirkungen kann der Cannabiskonsum haben?
3.4. Gründe für den Konsum von Cannabiskonsum bei Jugendlichen	Mögliche Gründe für den Cannabiskonsum bei Jugendlichen	„... im Sinne einer Selbstmedikation oder Selbstheilung...“ „... junge Drogenabhängige	Eine subjektive Einschätzung über mögliche Gründe für den

		oder Drogenkonsumenten fühlen sich ja wesentlich cooler, als die, die keine Drogen konsumieren ... diese Zugehörigkeit zu einer speziellen Szene eben ...”	Cannabiskonsum bei Jugendlichen.
4. Wissen zu psychotischem Verhalten	Wissen zu psychotischem Verhalten und Einschätzung der eigenen Fähigkeiten psychotisches Verhalten zu erkennen.	<p>„...ich denke schon, dass man sagen kann man kriegt schon mit wenn jemand irgendwo in einer anderen Welt lebt, also nicht meine Realität hat, sondern eine Realität, die außerhalb meiner Realität liegt.“</p> <p>„die Empfindlichkeit ... da ist was kaputt gegangen, habe ich den Eindruck. Die lässt sich nicht mehr runterfahren. Also, es ist so eine höhere Aufmerksamkeit und Sensibilität da, meistens so auch ein bisschen in Richtung Paranoia...”</p>	Sind die ExpertInnen ihrer eigenen Einschätzung nach in der Lage psychotisches Verhalten zu erkennen? Wissen die ExpertInnen wie sich psychotisches Verhalten äußert? Woher haben die ExpertInnen Ihr Wissen?
5. Wissen über Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und der Psychose	Aktueller Wissensstand der ExpertInnen zu dem Thema Komorbidität von Cannabiskonsumstörung und Psychose.	<p>„... ich denke, dass es da eine bestimmte Disposition gibt psychotisch werden zu können und das kann natürlich sowohl durch Cannabis wie durch andere Drogen sehr vorangetrieben werden.“</p> <p>“Menschen, die ... anfällig sind, ... eine höhere Sensibilität ... besitzen, bei denen wirkt natürlich ein Stoff, der das noch praktisch katalysiert in verschiedene Richtungen, also logischer Weise auch</p>	Hier soll der aktuelle Wissensstand der ExpertInnen zu der Thematik Komorbidität von Cannabiskonsumstörung und Psychose abgefragt werden. Was wissen die ExpertInnen zu diesem Thema? Woher haben sie ihr Wissen?

		noch krasser und da besteht natürlich das Risiko ... dass so jemand dann ... in eine sehr kritische Rauschsituation reinkommen kann. Also, das ist ja auch die Cannabispsychose ..."	
6. Vorkommen von der Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und Psychose in der Praxis	Geschätzte Häufigkeit von Komorbidität der Cannabiskonsumstörung und Psychose in der Beratungsstelle.	<p>„... es passiert ja relativ selten, dass hier jemand wirklich im knalle psychotischen Zustand kommt (...)</p> <p>Wenn jemand unter Psychose leidet, dann läuft der nicht in erster Linie bei der Suchtberatung ein...“</p> <p>„... wenn es eben 20 bis 30 Prozent sind, würde ich sagen, es ist hier deutlich unter fünf Prozent...“</p>	Subjektive Einschätzung der Häufigkeit der Komorbidität von Cannabiskonsumstörung und Psychose in der Beratungsstelle.
7. Umgang mit psychotischen KlientInnen	Gelernte oder selbstangeeignete Techniken im Umgang mit psychotischen KlientInnen in der Suchtberatung.	<p>„... ihn tatsächlich in seiner Realität abzuholen. Es hat herzlich wenig Sinn ihm deine Vorgehensweise überzustülpen, wenn er dafür gar nicht aufnahmebereit ist ... eher mal ihn seine Realität darstellen lassen...“</p> <p>“Eine eigene Sprache zu haben, heisst, es gibt nach meiner Beobachtung Klienten, die können über ihre Psychose sprechen, es gibt welche die können gar nicht da drüber sprechen...”</p>	Welche Techniken wurden den BeraterInnen durch Studium und Weiter- oder Fortbildungen im Umgang mit psychotischen KlientInnen vermittelt? Welche Techniken haben sie sich gegebenenfalls selber angeeignet oder durch die praktische Arbeit in der Suchtberatung erlernt? Welche Vorgehensweisen empfehlen die ExpertInnen im Umgang mit psychotischen PatientInnen? Wie verändert

			sich die Beratungsroutine durch die Psychose des/der KlientIn?
--	--	--	--

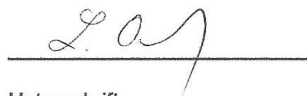
Anhang 10: Einverständniserklärungen

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der Bachelorarbeit von Manuela Heinz an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg, an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Projekts informiert und kann das Interview jederzeit abbrechen, ohne, dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

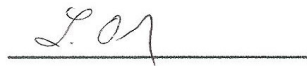
Hiermit willige ich in die Aufzeichnung des geführten Interviews ein. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Interview anschließend in Schriftform gebracht wird. Ich kann meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews jederzeit zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Mir wurde versichert, dass meine Daten und die Ergebnisse des Interviews vertraulich behandelt, nur im Rahmen der Bachelorarbeit von Frau Heinz verwendet und nicht an Dritte weitergeben werden.

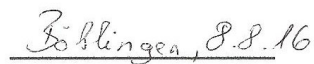


Unterschrift

Des Weiteren bestätige ich, dass der Name der Einrichtung, für die ich arbeite, sowie mein eigener Name in der Bachelorarbeit von Frau Heinz genannt werden dürfen.



Unterschrift



Ort und Datum

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich dazu bereit, im Rahmen der Bachelorarbeit von Manuela Heinz an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg, an einem Interview teilzunehmen. Ich wurde über das Ziel und den Verlauf des Projekts informiert und kann das Interview jederzeit abbrechen, ohne, dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Hiermit willige ich in die Aufzeichnung des geführten Interviews ein. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass das Interview anschließend in Schriftform gebracht wird. Ich kann meine Einwilligung in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews jederzeit zurückziehen, ohne dass mir dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Mir wurde versichert, dass meine Daten und die Ergebnisse des Interviews vertraulich behandelt, nur im Rahmen der Bachelorarbeit von Frau Heinz verwendet und nicht an Dritte weitergegeben werden.



Unterschrift

Des Weiteren bestätige ich, dass der Name der Einrichtung, für die ich arbeite, sowie mein eigener Name in der Bachelorarbeit von Frau Heinz genannt werden dürfen.



Unterschrift



Ort und Datum

Eidesstaatliche Versicherung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Insbesondere versichere ich, dass ich alle wörtlich und sinngemäß übernommenen Stellen eindeutig kenntlich gemacht habe. Ich versichere auch, dass die Arbeit noch an keiner anderen Stelle als Abschlussarbeit vorgelegt wurde.

Ort, Datum

Unterschrift